



Universitat de les Illes Balears

Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació

Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques

TESIS DOCTORAL

ENTRE LO IDEAL Y LAS REALIDADES: LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

Programa de doctorado: Investigació i Innovació en Educació

Trabajo presentado para optar al título de Doctora por:

Berta Paz Lourido

Dirigido por:

Dr. Sebastià Verger Gelabert
Departament de Pedagogia Aplicada i
Psicologia de l'Educació.
Universitat de les Illes Balears.

Dra. Vera María da Rocha
Escola de Educação Física (ESEF)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Brasil

Palma de Mallorca, primavera de 2008

Dice Mario Benedetti en su obra *Rincón de Haikus*

sólo los náufragos
valoran con justicia
la natación

Quisiera aprovechar la sencillez de este haiku
para agradecer a todas las personas, espacios y lugares
que me han ayudado en la travesía
que lleva a las fértiles tierras
donde se esconden los marineros.

Algunas de estas personas han estado a mi lado,
nadando conmigo,
susurrando en mi oído.

Otras me han hecho señas desde tierra,
braceando desde el monte,
iluminando con candiles la noche.

Hay quienes rogaban a Dios que la mar estuviera en calma,
otros gritaban en sus silencios
palabras de ánimo contra los vientos.

He llegado a tierra
una tierra que desconozco
una tierra que desde ya
me inspira a tirarme de nuevo al mar.

Berta Paz Lourido

A Bernardo y a Nicolás

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- I De la reflexión en la educación a la investigación en Atención Primaria de Salud 15
- II La Estructura General de la Tesis 25

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL: LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO 1.

FUNDAMENTOS Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 32

- 1.1 La salud y los factores determinantes de la salud 32
- 1.2 Desarrollo conceptual de la Atención Primaria de Salud 39
- 1.3 El proceso de reforma hacia la Atención Primaria de Salud en España 55
- 1.4 La descentralización del sistema sanitario español 63

CAPÍTULO 2.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MALLORCA 68

- 2.1 Área de Salud y Zona Básica de Salud 68
- 2.2 Equipo de salud y Centro de Salud 69

CAPÍTULO 3.

EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA FISIOTERAPIA 73

- 3.1 La Fisioterapia 73
- 3.2 La Fisioterapia en la Atención Primaria de Salud 78

CAPÍTULO 4.

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA 92

- 4.1 La Fisioterapia en el entorno domiciliario 102
- 4.2 La Fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria 108

CAPÍTULO 5.

MIRANDO AL FUTURO: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y TENDENCIAS SOCIO SANITARIAS 115

SEGUNDA PARTE

LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA EN MALLORCA

CAPÍTULO 6.

LA PERSPECTIVA TEÓRICA 125

- 6.1. La cuestión de la investigación 125
- 6.2. El marco teórico 126
 - 6.2.1 El paradigma Crítico Social 128
 - 6.2.2 Los conceptos clave 131
 - 6.2.2.1 Necesidad en Salud 131
 - 6.2.2.2 Desigualdad en Salud 132
 - 6.2.2.3 Equidad en Salud 135

CAPÍTULO 7.

EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN 139

- 7.1 La trayectoria metodológica 139
 - 7.1.1 La aproximación cuantitativa 140
- 7.2 El planteamiento cualitativo 143
 - 7.2.1 Objetivo del estudio 143
 - 7.2.2 Tipo de estudio 144
 - 7.2.3 Muestra intencional 148
 - 7.2.4 Reclutamiento 151
 - 7.2.5 Recogida de la información 152
 - 7.2.6 Análisis de los datos 154
 - 7.2.7 Limitaciones del estudio 156
 - 7.2.8 Consideraciones éticas 159

CAPÍTULO 8.

LOS RESULTADOS 161

- 8.1 Concepciones de la atención domiciliaria en Atención Primaria 163
- 8.2 Experiencias y vivencias en relación con la intervención domiciliaria 169
- 8.3 La fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria 213
 - 8.3.1 Consideraciones de la atención de fisioterapia en el entorno domiciliario 213
 - 8.3.2 El desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria 236
- 8.4. La emoción en los discursos y los silencios 260
 - 8.4.1 Las emociones 260
 - 8.4.2 Los silencios 268

TERCERA PARTE

LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA: UN CAMINO POR CONSTRUIR

CAPÍTULO 9.

DISCUSIÓN 273

- 9.1 Concepciones sobre la Atención Primaria domiciliaria 273
 - 9.1.1 El domicilio, ¿es de Atención Primaria? 273
 - 9.1.2 El filtro a la atención domiciliaria 278
 - 9.1.3 Todos para uno y uno para todos 281
 - 9.1.4 El rey, la reina y los límites del castillo 283
 - 9.1.5 Salir del centro de salud: ser profesional de Primaria 289
 - 9.1.6 Es necesario ir, pero no yo 292
 - 9.1.7 Profesionales de Atención Primaria, ¿especialistas o generalistas? 297
 - 9.1.7.1 Fisioterapeutas en Atención Primaria: Centrando el enfoque en la familia. 299
- 9.2 Iluminando el escenario de la atención domiciliaria 301
 - 9.2.1 Es necesario ir a este domicilio. No es necesario ir a ese 302
 - 9.2.1.1 ¿La demanda o la necesidad? 306
 - 9.2.2 ¿En tu casa o en la mía? 308
 - 9.2.3 La coordinación como voluntad personal 312
 - 9.2.4 Profesionales de apoyo ¿a quién, a qué? 316
 - 9.2.5 Entre lo sanitario y lo social: ¿dónde se ubican las personas? 318

9.2.6 Tú a Boston, yo a California	324
9.2.7 El gigante “Atlas” y la Atención Primaria domiciliaria	327
9.3 Y además, también os necesitamos en el domicilio porque...	332
9.3.1 Nos abren la puerta y...un ACV, una fractura de cadera, un abuelito en soledad	333
9.3.2 La cuidadora y todos los demás	337
9.4 La fisioterapia: eso que es necesario, eso que es bueno para todo, eso que es un lujo, eso que...	341
9.5 Pero no es de Primaria. En ambulancia al hospital y luego...pues...en casa	344
9.6 Sí, por supuesto...Pero sólo si hay resultados	346
9.7 Reduciendo costes al sistema: los consejos, el asesoramiento y la educación para la salud	352
9.8 Fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria versus fisioterapia a domicilio	359
9.9 Educación para la integración e integración para la educación	363

CAPÍTULO 10.

CONCLUSIONES	372
--------------	-----

CAPÍTULO 11.

CONSIDERACIONES FINALES Y PROPUESTAS DE FUTURO	378
--	-----

12.1 Reflexiones finales	379
12.2 Implicaciones	385
11.2.1 Implicaciones para la política	385
11.2.2 Implicaciones para la práctica	388
11.2.3 Implicaciones para la educación	390
11.2.4 Implicaciones para la investigación	392

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 395

ANEXOS 437

LISTADO DE ABREVIATURAS:

APS: Atención Primaria de Salud
AP: Atención Primaria
CS: Cartera de Servicios
ATDOM: Atención Domiciliaria
SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio
ESAD: Equipos de Apoyo a la Atención Domiciliaria
ACV: Accidente Cerebral Vascular
OMS: Organización Mundial de la Salud
WHO: World Health Organization
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAHO: Pan American Health Organization
MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo
HEN: Health Evidence Network
INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
IB-SALUT: Servei de Salut de les Illes Balears
AEF: Asociación Española de Fisioterapeutas
WCPT: World Confederation for Physical Therapy
APA: Australian Physiotherapy Association
CPA: Canadian Physiotherapy Association
CSP: The Chartered Society of Physiotherapy

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Objetivos de Salud SALUD21 *46*

Tabla 2. Características de la Atención Primaria de Salud *53*

Tabla 3. Elementos Conceptuales de la Atención Primaria de Salud *54*

Tabla 4. Grupo Profesional y Número de Profesionales en Atención Primaria en Mallorca *71*

Tabla 5. Unidades y Número de Fisioterapeutas en Atención Primaria en Mallorca *90*

Tabla 6. Número y distribución de participantes *150*

Tabla 7. Distribución de participantes en entrevistas en grupo *150*

Figura 1. Relaciones entre el Sistema Educativo y el Sistema de Salud *17*

Figura 2. La Estructura General de la Tesis *27*

Figura 3. Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en la APS *51*

“- ¿Quién eres tú?

No era esta una pregunta alentadora para iniciar una conversación. Alicia, un poco intimidada, contestó:

-Pues yo..., yo. Ahora mismo, señora, ni lo sé...Sí sé quien era cuando esta mañana me levanté, pero he debido cambiar varias veces desde entonces”

Carroll, L. *Alicia en el país de las maravillas*.

INTRODUCCIÓN

I DE LA REFLEXIÓN EN LA EDUCACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La práctica educativa se concibe como un proceso de reflexión, de análisis, de indagación y de mejora continua, conformando la esencia del profesional reflexivo. Aquella diferencia que Dewey (1938) establecía conceptualmente entre la acción rutinaria y acción reflexiva encamina al colectivo docente a enfrentarse a dilemas prácticos en su actividad profesional. Por ello, desde esta perspectiva no se puede separar al profesional reflexivo del profesional crítico ya que existe el peligro de realizar una reflexión técnica y práctica descontextualizada sin connotaciones éticas ni ideológicas. Acción y reflexión tienen un carácter de crítica y autocrítica, con un claro compromiso social que obliga a traspasar las paredes del aula y del centro. La concepción del personal docente como investigador le ubica en una disposición para examinar con sentido crítico y sistemático la propia actividad práctica, tal y como señala Stenhouse (1991). Desde esta postura, la investigación crítica en la acción y sobre la acción puede afianzar, desarrollar o modificar el conocimiento profesional, pero también puede generar una actividad intelectual, un pensamiento que puede conformar y desarrollar conceptos críticos sobre la educación. Para este autor además, el colectivo docente posee las cualidades que definen a un *profesional amplio* (y no *restringido*), cuando desarrolla el compromiso de considerar su labor dentro del contexto más amplio que el centro, en la comunidad y la sociedad, lo cual implica unir la teoría y la práctica.

Si la docencia ha de ir acompañada de un proceso reflexivo, también la investigación se puede originar en este proceso, pues coincidiendo con los cuestionamientos de Denman y Haro (2000), ¿se puede investigar una realidad que no nos genera algún nivel de problematización, algún tipo de interés?. Para Morse (1994), a menudo las cuestiones de investigación emergen de un problema identificado en el curso de la práctica clínica o de una experiencia significativa en el curso de la vida cotidiana.

Sin embargo, durante mucho tiempo, parecía que *“para que el investigador fuera científicamente aceptado y para que los resultados fueran creíbles debía separarse de la investigación, mostrando sólo los procedimientos realizados y no presentarse a sí mismo en la investigación”* (Chesney, 2001, p. 130). Sin embargo, hoy se reconoce que las experiencias previas del colectivo investigador y su posición, afectará a lo que se elige para investigar, al ángulo de la investigación, a los métodos seleccionados como más adecuados para su propósito, los resultados considerados más apropiados y el encuadre y comunicación de las conclusiones (Malterud, 2001). Para Punch (1994, p. 86), *“la personalidad del investigador o investigadora ayuda a determinar su selección del tema o el enfoque escogido”*. Desde esta perspectiva, incluso los datos autobiográficos son relevantes para clarificar por qué las personas investigan lo que investigan y cómo lo hacen, aunque a menudo estos aspectos son ubicados en la oscuridad tras el brillo de los resultados.

En este sentido, también Robles (2000) resalta el valor de la reflexión sistemática, y la incorporación abierta y sin complejos de la relación afectiva y subjetiva con el objeto de estudio, así como las experiencias vitales que han influido a quien acomete una investigación. Para Malterud (2001), la reflexibilidad comienza identificando preconceptos trasladados al proyecto por la persona que investiga, representando sus experiencias previas, tanto personales como profesionales, creencias previas al estudio sobre cómo son las cosas y lo que va a ser investigado, la motivación y cualificación para la exploración del tema, y las perspectivas y fundamentación teórica relacionada con su educación e intereses. Por todo ello, entiendo que mi propia subjetividad ha marcado el proceso de investigación, pues el objeto de estudio, me implica y compromete no sólo en forma teórica sino afectiva, ideológica y social. Desde esta perspectiva, el “yo” en la investigación tiene una influencia en la elección del tema y la mirada con que se analiza, que no se separa de las relaciones establecidas durante el proceso de investigación, el análisis de los datos y la redacción del documento final.

Se presenta en los párrafos siguientes esta reflexión desde una óptica marcada no sólo por las experiencias profesionales – como fisioterapeuta en el ámbito asistencial y docente universitaria - sino también la subjetividad, la relación con el objeto de investigación – la fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria - y las experiencias personales.

Mi experiencia docente es un pilar clave en la motivación a la realización de esta investigación, íntimamente relacionado a las funciones que los colectivos de profesionales de salud han de desempeñar en su práctica. Al igual que Guilbert (1994), considero que el sistema educativo tiene gran influencia en el sistema de salud. Este sistema educativo incluye la Universidad, cuya posición clave puede influir en las respuestas que el sistema de salud ofrece a las necesidades de salud que plantea la comunidad (Figura 1).

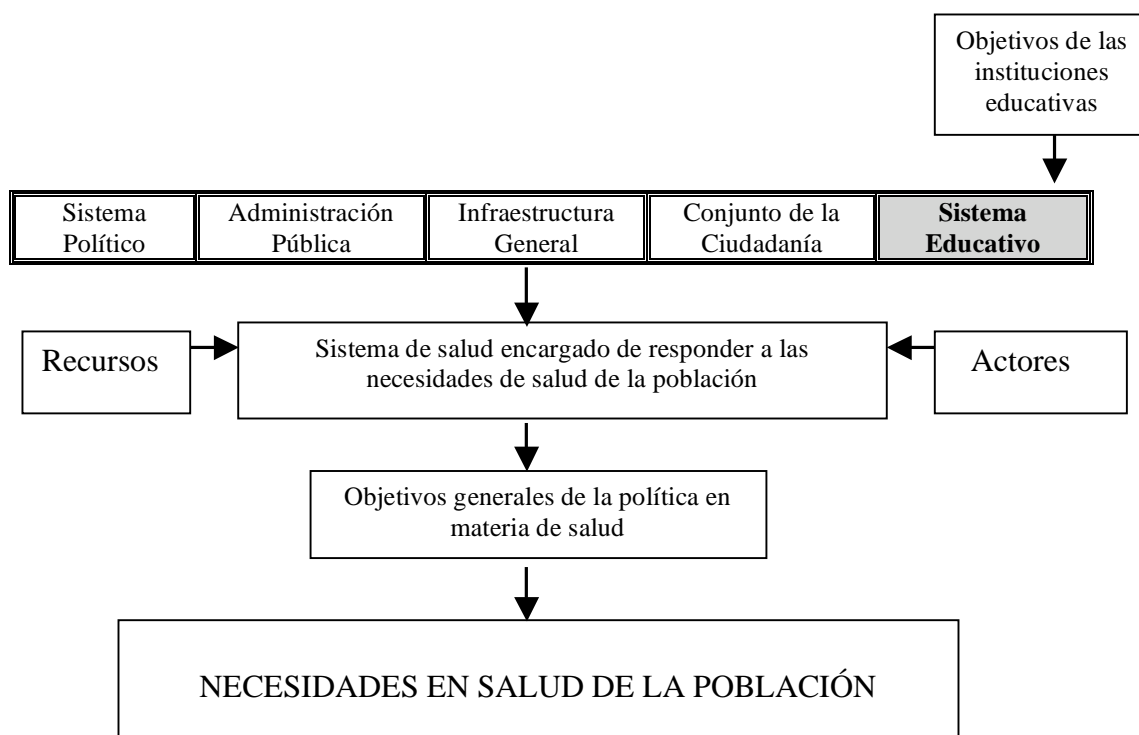


Figura 1. Relaciones entre Sistema Educativo y Sistema de Salud. (Guilbert, 1994)

En calidad de docentes que intervenimos en la formación de profesionales de la salud, considero que en último término nuestras actuaciones han de ir encaminadas a influir, dentro de lo posible, en una mejora la calidad de vida de la comunidad. Comparto con otros autores el destacar el valor de la formación comunitaria de los profesionales de salud, que les permita el desarrollo de competencias en relación a las necesidades de las personas y de sus familias, sus entornos y los servicios comunitarios de que disponen (Laditka y cols., 2002). Por ello, surge la inquietud y los cuestionamientos sobre una parte del contenido del currículum: la Atención Primaria de Salud y la Fisioterapia, focalizando el interés en la atención domiciliaria.

La Declaración de Bolonia y las siguientes declaraciones y normativas desarrolladas en el seno del proceso de la integración en el Espacio Europeo de Educación Superior, exige fundamentar el currículum en las competencias básicas y específicas que el colectivo de fisioterapeutas ha de desarrollar en su ejercicio profesional (ANECA, 2004). Acortar distancias entre la práctica profesional y la adquisición de competencias en un educativo a lo largo de toda la vida, parece la apuesta de las universidades europeas. Sin embargo, vertebrar el currículum en base a competencias y asegurar su desarrollo en el proceso formativo, nos lleva también a abrir espacios de reflexión sobre el papel de la fisioterapia en la salud de las personas y sus ámbitos de desarrollo, y con ello también, del papel de los profesionales que acompañan al alumnado en su proceso de aprendizaje.

En el entorno que nos ocupa, en las Islas Baleares, y concretamente en el sistema de Atención Primaria en Mallorca, no se desarrolla la fisioterapia en la atención domiciliaria. Sin embargo, el enfoque teórico del modelo de Atención Primaria de Salud se fundamenta en una atención integral y continuada con y para la comunidad, facilitando la accesibilidad de las personas a los servicios (Martín, 2003). No interviene el colectivo de tutores fisioterapeutas ni el alumnado en otros entornos donde la persona con necesidades de salud se ubica, como es característico del modelo de Atención Primaria de Salud. Por ello, cuando el

colectivo de estudiantes de fisioterapia de nuestra universidad realiza sus prácticas clínicas en Atención Primaria, son partícipes del desarrollo de un perfil profesional divergente al que representa el modelo teórico, cuestionando la Atención Primaria de Salud y el perfil comunitario de la fisioterapia. El alumnado se ubica entonces en la tierra de nadie que se crea al fijar las fronteras entre la educación universitaria y la práctica clínica, centrando en docentes y profesionales del ámbito clínico su mirada y sus críticas. Se están produciendo dos caminos paralelos y por lo tanto no convergentes, uno representado por la conceptualización de la Fisioterapia en Atención Primaria en el mundo académico - en el que cada vez se otorga más relevancia - y el otro por las dificultades en el desarrollo de este modelo en la práctica profesional del colectivo de fisioterapeutas - en ocasiones tutores clínicos de los alumnos - en el centro de salud. Para Kemmis (1988) esta contradicción entre la teoría y la práctica puede ser un punto de partida para la investigación, que responde al compromiso de mejorar el currículum y relacionarlo con el contexto en el que se presenta. Desde mi punto de vista, puede resultar improductivo repensar el currículum y tratar de nutrirlo en base a las competencias, si no existe paralelamente un cuestionamiento en cuanto a la forma o el entorno en que estas competencias profesionales se desarrollarán.

Para Gómez (2004), docentes y profesionales del ámbito clínico hemos de adentrarnos en un proceso de reflexión sobre tres cuestiones ¿qué hacemos?, pero también ¿cómo lo hacemos? y ¿por qué lo hacemos? . Desde mi punto de vista y en coincidencia con la autora, la falta de cuestionamiento hace al docente cómplice para perpetuar la dicotomía entre la “teoría” de universidad y “realidad” de la práctica clínica que perciben el alumnado, por lo que en palabras de Schön (2002), el prácticum se arriesga a ser una isla preciosa cercada por el mundo de la práctica a la que se refiere y por el mundo de las disciplinas académicas en que reside. En efecto, me planteo en mis reflexiones ¿Cómo podrán en el futuro este colectivo de fisioterapeutas– hoy estudiantes – considerar la atención en el domicilio como parte fundamental en su desarrollo profesional en Atención

Primaria de Salud? ¿Qué competencias han de poner en práctica para el desarrollo profesional en este ámbito?, ¿Qué estrategias metodológicas serán las más adecuadas para el desarrollo de las competencias ligadas a este entorno interdisciplinar?. ¿cómo se podrá evaluar todo el proceso?

De esta forma, de una reflexión que deriva en gran manera de la práctica profesional como docente universitaria en los estudios de Fisioterapia, desarrollo una investigación que se realiza en el entorno de la Atención Primaria, dando voz a los distintos miembros de los equipos de salud. Entiendo que el colectivo docente, como profesionales que han de desarrollar el currículum, no pueden supeditar la programación de su acción educativa a la intuición ni a la imitación de un libro de texto. Coincidiendo con Antúnez y cols. (1999), establecer la programación de la tarea diaria es siempre un proyecto cultural y didáctico que tiene un pasado, un análisis del presente y una proyección de futuro en su contenido. En estas concepciones abiertas, experimentales e hipotéticas del currículum, no es posible su desarrollo sin el perfeccionamiento simultáneo de quien educa, cuestionando su práctica educativa, la dimensión social de la educación y la importancia del contexto en el proceso de enseñanza aprendizaje. Transformación y aprendizaje van de esta forma ligadas de forma que no se entiende la una sin la otra, de la misma forma que la concientización sobre la situación es el primer paso en el afrontamiento de los problemas. En palabras de Freire (1978), en la práctica problematizadora, los educandos van desarrollando su poder de captación y de comprensión del mundo que, en sus relaciones con él, se les presenta no ya como una realidad estática sino como una realidad en transformación, en proceso.

Todo ello me encaminó a un análisis y evaluación de la acción docente en los aspectos metodológicos, pero también en cuanto a la intencionalidad educativa del currículum. Para Habermas (1986) y otros autores (Carr y Kemmis, 1988; Grundy 1991) el conocimiento puede derivar no sólo de un interés técnico o de un interés práctico, sino también de un interés crítico (o emancipatorio). La emancipación en

este sentido, sólo es posible en el acto de la autorreflexión y en un entorno social, por lo que no constituye sólo una cuestión individual, sino que está estrechamente ligada a la idea de justicia. Por esto motivo, para iniciar esta tarea emancipatoria, es necesario identificar el tema en cuestión, la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria de una forma más profunda, contextualizada y crítica.

El proceso reflexivo inicial surgido paralelamente a la profundización del tema de estudio en relación con las necesidades en salud de las personas, la equidad y la justicia social en los sistemas públicos de salud, se ha ido nutriendo de las reflexiones compartidas con colegas del ámbito educativo y clínico. Sin embargo, mención especial dedico a las numerosas y fructíferas discusiones de clase con estudiantes de fisioterapia de grado y de postgrado de la Universitat de les Illes Balears. Sus aportaciones a mi reflexión han sido especialmente intensas en cuanto a los fundamentos y desarrollo histórico de la fisioterapia, a los cuestionamientos del papel de los profesionales de salud en el modelo de Atención Primaria, o las críticas planteadas a un sistema sanitario que otorga, atendiendo a sus recursos y a su organización, la categoría de lujo a la fisioterapia.

Considero que en el siglo XXI la atención en fisioterapia no ha de ser un lujo, sino un derecho en salud, donde los sistemas realmente equitativos han de facilitar que este tipo de atención no sólo se realice en el centro de salud sino que se acerque al ciudadano, llegando al domicilio cuando es necesario. Desde la perspectiva de que la discapacidad no define a las personas, sino que es la sociedad y sus servicios quien lo hace, también considero que limitar el acceso a los servicios de salud puede condicionar la discapacidad y las prácticas discriminatorias. Este proceso reflexivo me obligó a hacerme nuevas preguntas sobre el objeto de investigación, la intervención de fisioterapia en la atención domiciliaria, volviendo la vista atrás, a la experiencia en el ámbito asistencial, antes de llegar a Mallorca.

Por tanto, otro de estos puntos de reflexión se fundamenta en la práctica profesional como fisioterapeuta, en la que tuve oportunidad de realizar atención de fisioterapia en domicilio. Mi percepción de los efectos que este tipo de intervención apuntaba a beneficios para las personas atendidas y satisfacción personal en su desarrollo. La intervención de fisioterapia en el domicilio, tal y como la recordaba, tenía efectos que superaban el plano físico estrictamente, abarcando el aspecto emocional y social; para las personas, para sus familias, para quienes les cuidaban. Recuerdo las expectativas y ansiedades de las personas ante la fisioterapia. Recuerdo su tranquilidad por sentirse en casa y no en el hospital y otros entornos sanitarios. Recuerdo la sensación de sentirse invitado en la casa de otro. Recuerdo la sonrisa de la anciana al caminar por su piso, al llegar a su cocina, al abrir el grifo y mojar sus manos. Recuerdo aquel señor que recuperó la conciencia de su rodilla: ya no era el segmento anatómico que le habían operado, era la parte de sí mismo que le permitió llegar al portal del edificio, que le permitió saludar a un vecino al que no había visto en mucho tiempo.

Estos recuerdos y otros muchos marcaron un antes y un después en el proceso de intervención, para ellos y para mí. Ellos habían recuperado la confianza: la puerta de la habitación o la puerta de la casa era una barrera que se podía cruzar. Yo había afianzado mi confianza como profesional, pensaba ¡se puede hacer tanto con tan poco!. Todas estas personas eran atendidas desde un seguro privado de atención en salud y no desde el servicio público. En mi experiencia como fisioterapeuta de Atención Primaria mi labor estuvo centrada en las personas que acudían al centro. Los que no venían, no existían.

Bajo esta consideración, esta situación podría afectar también a los propios profesionales fisioterapeutas y al resto del equipo interdisciplinar en Mallorca. Y a este respecto, ¿qué piensan los miembros de los equipos de salud de Atención Primaria sobre la atención domiciliaria? ¿Qué opinión tienen profesionales de enfermería, trabajo social, medicina de familia, pediatría y fisioterapia sobre la fisioterapia domiciliaria? Y más aún, ¿Qué percepciones manifiestan respecto a la

ausencia de desarrollo de este servicio? ¿qué expectativas pueden orientar en su desarrollo? ¿Qué implicaciones tiene todo ello para la formación de profesionales de salud?

A modo de síntesis, este estudio surge de la relación entre los dos enfoques, el educativo planteado desde las divergencias entre la teoría y la práctica, y el profesional asistencial del ámbito público, con una perspectiva personal que resalta el valor de lo público en la cuestión de la salud. Por tanto se analiza en este trabajo la perspectiva de un grupo de profesionales y sus experiencias, pero también sus perspectivas sobre las políticas y organización de las prácticas en relación a la Atención Primaria domiciliaria y la Fisioterapia. Poder incorporar estos aspectos a un nuevo proceso reflexivo sobre el currículum en Fisioterapia, ser conscientes de la situación contextualizada en relación con sus determinantes históricos, estimular un análisis crítico y transformador, podrá encaminar a estudiantes y docentes hacia otras cuestiones en cuanto a la atención de fisioterapia domiciliaria: ¿qué *no* hacemos?, ¿cómo *no* lo hacemos? y ¿por qué *no* lo hacemos?.

II LA ESTRUCTURA GENERAL DE LA TESIS

La tesis consta de tres apartados en los cuales se agrupan once capítulos que intentan reflejar el proceso reflexivo, teórico y metodológico que ha definido la acción investigadora, así como los resultados de ésta. Tal y como se ha dicho previamente, esta primera parte del documento hace referencia a la motivación y el compromiso con el objeto de estudio, a los diferentes momentos reflexivos previos a la investigación y a presentar el contexto en que ésta fue realizada. A continuación, en la primera parte y dividido en cinco capítulos, expongo el estado de la cuestión respecto a la intervención de fisioterapia en el domicilio, haciendo especial referencia a las cuestiones organizativas actuales en Atención Primaria y a los procesos históricos que la literatura apunta como influencias a aquéllas. Para ello se inicia el recorrido con los aspectos más amplios como la conceptualización de la salud y sus determinantes y las características del modelo de Atención Primaria de Salud. Seguidamente las cuestiones referentes a la organización de este modelo en el sistema sanitario español y balear y la ubicación de la atención domiciliaria en el sistema, pasando posteriormente al aspecto concreto de la fisioterapia en ambos procesos.

La segunda parte incluye tres capítulos, del sexto al octavo, en referencia a las perspectivas teóricas, el planteamiento de la investigación y los resultados. Inicio con las corrientes de pensamiento utilizadas en este estudio apuntando cuestiones inherentes al paradigma crítico social, así como la influencia de las perspectivas de equidad en salud, desigualdad en salud y necesidad en salud. Posteriormente propongo el objetivo general del estudio, así como los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y que dirigirán el desarrollo metodológico y posterior análisis de resultados. El conjunto de este estudio tiene por objeto explorar la percepción sobre la fisioterapia domiciliaria por parte de distintos miembros de equipos de salud de Atención Primaria.

Con ello pretendo adentrarme con más profundidad en la consideración que este colectivo tiene de la atención domiciliaria en ese modelo de atención a la salud, sus experiencias, así como las características y expectativas que le otorgan a la fisioterapia en el mismo.

En el último capítulo de la segunda parte, el octavo, presento los resultados obtenidos en el curso de la investigación, cuya discusión se incluye en la tercera parte junto con las conclusiones, las consideraciones finales y las propuestas de futuro. Aunque establecidos de forma separada, la presentación narrativa de los resultados y su discusión pretende trasladar al lector o lectora a nuevos espacios compartidos de reflexión bajo un mismo hilo conductor. Además de la discusión, la tercera parte de la tesis recoge entre sus tres capítulos, las conclusiones y las consideraciones finales y propuestas de futuro de este estudio. En la sección Referencias Bibliográficas, detallo las referencias consultadas que dan soporte a este estudio. Finalmente, en la sección Anexos incluyo otras informaciones referentes al proceso de investigación así como la difusión de ésta.

La tesis por tanto, consta de once capítulos agrupados en tres bloques y su estructura general se muestra en la Figura 2.

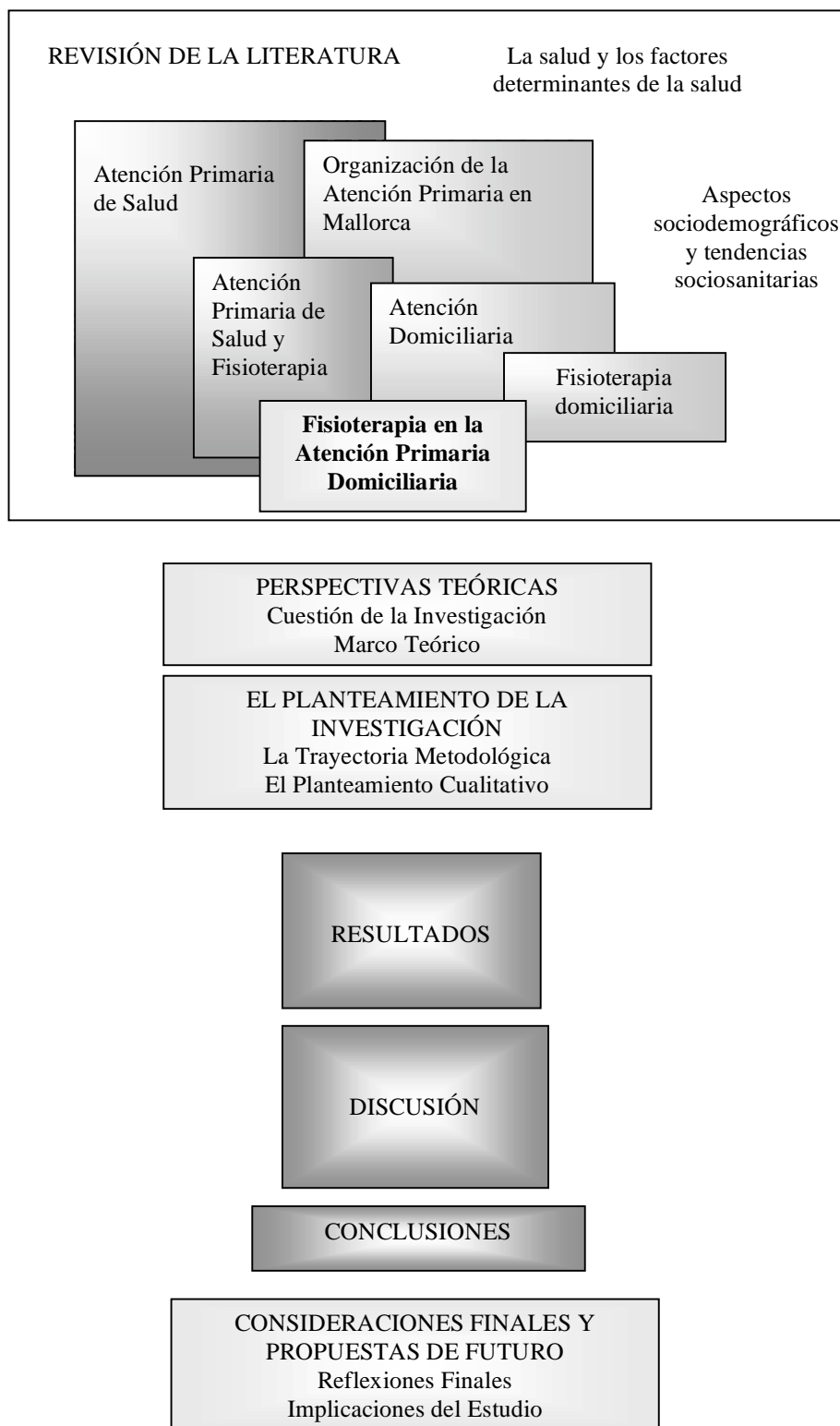


Figura 2. La Estructura General de la Tesis

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

En la investigación, siempre es importante mirar al pasado para entender el presente y avanzar hacia el futuro, pues la consideración de que los acontecimientos a lo largo del tiempo son influidos por procesos históricos precedentes, permite concretar la experiencia de la acción y la planificación de actos (Hernández et al., 2003). Para Stenhouse (1987), la ciencia e historia van de la mano en la investigación, pues ambas pueden contribuir a definir el contexto en que las personas actúan y ambas pueden ayudar a establecer miradas hacia el futuro. Desde la perspectiva de Freire (1997) la historia ha de ser entendida como una posibilidad, pues la toma de conciencia del proceso histórico es uno de los elementos generadores de los procesos de cambio o transformación.

En este sentido, sobre la base de la revisión de la bibliografía¹, se presentan en esta primera parte los diferentes elementos y procesos han intervenido en la conceptualización y desarrollo de la Atención Primaria de Salud². Los principios básicos, la filosofía del modelo y las implicaciones en cuanto a la equidad en salud son reflejadas. El proceso histórico de la integración de la fisioterapia en Atención Primaria es desarrollado posteriormente, con especial énfasis al proceso en nuestro país. La fisioterapia en el entorno domiciliario requiere en este estudio una mirada más profunda, que permita identificar las características y resultados que la literatura presenta al respecto, explorando después la situación de esta intervención desde el marco de la Atención Primaria en nuestro país. Finalmente, se incluyen las tendencias sociosanitarias actuales, iluminando la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en un contexto en transformación.

¹ La estrategia de búsqueda bibliográfica se basó en la consulta de varias bases de datos documentales on-line (IME, Cinhal, Cuiden, Medline, Cuidatge, Teseo y Cochrane entre otras), consultas en bibliotecas, entre las que se destaca la biblioteca de la Asociación Española de Fisioterapeutas, consultas en revistas en formato papel y on-line. Se han revisado portales on-line de la OMS, OPS, WCPT, IMSERSO, INE y Gerencias de Atención Primaria entre otras, y se ha consultado a expertos de diferentes áreas relacionadas con el tema.

² El término Atención Primaria de Salud responde a un modelo de atención en salud que se ha desarrollado en diversos países con formas de organización similares pero no idénticas. A lo largo de este trabajo utilizo también el término Atención Primaria para referirme generalmente al desarrollo de este modelo en el sistema sanitario español.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La estructura sanitaria de la Atención Primaria en nuestro país, el rol de los profesionales, los servicios que se ofrecen y la organización de los mismos deriva de un modelo cuyo origen se ubica varias décadas atrás. El desarrollo del enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) está íntimamente ligado a una concepción de la salud de tipo biopsicosocial y a una apuesta por el desarrollo de la salud comunitaria. Se planteó pues como una estrategia diferente a la que tradicionalmente se venía desarrollando a mediados del siglo pasado, dirigiendo también su mirada a las problemáticas de los países para ofrecer sistemas sanitarios altamente especializados y tecnológicos (Starfield y Macinko, 2005). El modelo de Atención Primaria de Salud pretende llegar a las variadas necesidades de salud de las personas en su entorno y enfrentar la inequidad en la salud que resulta de las desigualdades injustas y evitables, por lo que el análisis de los determinantes de la salud supone el pilar fundamental de la estrategia.

1.1. LA SALUD Y LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

El concepto de salud ha sido ampliamente debatido y su significado ha ido cambiando en función de los valores, las creencias y las tradiciones interpretando el concepto de una forma más o menos singular, dándole un sentido distinto según las condiciones de vida, los conocimientos del grupo y las diferentes ideologías. La percepción individual de la necesidad de salud, también es variable en función del contexto y momento de la historia donde nos ubiquemos. Esta percepción la determina el grupo social al que se pertenece, así como la concepción que dicho grupo tenga de la salud-enfermedad (Ashton y Seymour, 1990). Hasta hace muy pocos años, la enfermedad era el concepto a partir del cual se definía la salud, o más bien, los límites de ésta: la salud era la ausencia de enfermedad. Esta concepción se desarrollaba a partir de factores totalmente biologicistas y con un carácter estático de los mismos (Monnier et al., 1980).

En la actualidad, se considera que esta definición en términos negativos no corresponde a la realidad y no es operativa: la salud no es la ausencia de enfermedades de la misma manera que “la paz no es la ausencia de guerra” (Salleras, 1985). Es a partir de la segunda mitad del siglo XX con la creación en el seno de las Naciones Unidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), cuando se define la salud en su carta fundacional como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Sin embargo, para muchos autores, tampoco esta definición está exenta de críticas. Para Laín (1984), esta definición es utópica porque si bien el completo bienestar es deseable, no parece posible que pueda conseguirse.

Otros autores, como Terris (1980) insisten en la necesidad de eliminar el término estático de “completo” de la definición de la OMS e introducir el concepto “capacidad de funcionamiento”. De acuerdo con estas consideraciones dinámicas, Salleras (1985), define la salud como el logro del más alto bienestar físico, mental y social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad. A pesar de las críticas o modificaciones que los autores han aportado a la definición de la OMS, especial relevancia tiene el hecho de resaltar las esferas de lo social y psíquico en la salud y no sólo el componente biológico. Desde esta perspectiva, la salud tiene un componente de construcción social importante, y por tanto, los conceptos de salud y de enfermedad y las prácticas individuales y sociales que derivan de ellos tan sólo pueden ser comprendidos cuando se consideran integrados en el contexto social, cultural, económico e histórico (Lachmund y Stollberg, 1992, Minayo, 1988).

Una consideración sistémica de la salud no es una cuestión teórica, sino que parece dirigida a unas implicaciones en el enfoque y la organización de los sistemas de salud. A partir de la década de los 60, diversos estudios llaman la atención con sus resultados de los determinantes de la salud y las implicaciones

sanitarias. Estudios como el de Kerr White en la década de 1960 demostraron que los sistemas de salud estaban siendo destinados hacia la población enferma, al tiempo que otros estudios como el de Dever en 1976, desarrollados también en EEUU, venía a poner el acento en factores como los estilos de vida como determinantes para la salud.

El modelo holístico de Laframbroise de 1973 sirvió de inspiración para el Ministerio de Salud de Canadá, que su ministro Marc Lalonde a la cabeza, publica en 1974 el documento “*A new perspective on the health of the Canadians: a working document*”. El trabajo, también conocido como Informe Lalonde se considera un clásico para establecer el efecto relativo de cuatro aspectos sobre la salud pública. Se pasa del concepto de salud al concepto de campo de salud, por lo que el nivel de salud de una comunidad vendrá determinado por la interacción de cuatro subsistemas: la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida, con un efecto en la salud relativamente mayor de los dos últimos. Este estudio no hizo sino unirse a la discusión sobre la capacidad de los sistemas sanitarios de influir en la salud de los ciudadanos y además, de evitar la creciente desigualdad sanitaria entre zonas rurales y urbanas o entre grupos socioeconómicos y regionales. Todos estos trabajos son ejemplos de la discusión que durante varios años precedió a la definición de la Atención Primaria de salud, sentando las bases de los enfoques comunitarios, preventivos y de promoción de la salud. Esta discusión influyó notablemente en las declaraciones de la OMS (como la de Alma Ata) y más tardíamente, en las políticas de los países.

Los determinantes de salud identificados nos remiten a factores relacionados con los estilos de vida y el comportamiento, o con el entorno, factores de tipo sanitario, sobre todo relacionados con el acceso y uso de los servicios de salud y, por último, otros de tipo biológico. La morbilidad de una persona o una población en un momento dado está marcada por tanto, por la interrelación e influencia de dichos factores, lo que plantea un modelo sistémico de la salud y sus

determinantes. La determinación de la influencia de condiciones del contexto como la vivienda, la higiene, el tipo o condiciones del lugar de trabajo ha sido uno de los pilares del desarrollo de la Salud Pública a partir del siglo XVIII fruto de la aplicación de las ideas de la ilustración al estudio de los contextos laborales y condiciones de vida de la revolución industrial. Sin embargo, descubrimientos en cuanto a la identificación, inmunización y eliminación de los agentes patógenos en los siguientes siglos ocasionó una vertiente reduccionista de la atención a la enfermedad.

Pese a los intentos de parte de la comunidad científica del momento por incidir el enfoque sistémico y multidimensional de la salud, poco a poco y acorde con las fuentes de pensamiento de la época, la atención a la salud pasó a ser considerada desde un enfoque positivista, resaltando el valor lineal causa –efecto sobre los enfoques multicausales, ecológicos y sistémicos. La teoría de la etiología específica de las enfermedades, estaba de pleno acuerdo con los dictámenes cartesiano-newtonianos de la ciencia moderna, pues evidenciaba la relación de causa-efecto preconizada por esa concepción (Oliveira, 1981). Este enfoque educativo y clínico ha sido fuente de intensas críticas aunque sus influencias permanecen todavía hoy en la formación de los profesionales de salud, donde la patología, la microbiología o bioquímica tienen un peso mayor que otras cuestiones referentes a los determinantes de la salud.

Sin embargo, en los últimos años, las condiciones en que viven las personas vuelven a vertebrar la discusión en cuanto a la organización de los servicios sanitarios y la equidad. Si bien el punto de estudio se había centrado en las últimas décadas del siglo XX en torno a los estilos de vida, en los últimos años, se ha pasado a analizar los de forma más específica los factores, sobre todo sociales y económicos, que influyen la adopción de esos estilos de vida por parte de la población. En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el fallecido Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-Wook, anunció la necesidad de establecer la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que empezó a

funcionar en marzo del 2005 con el propósito de generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. También la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha volcado su mirada a esta cuestión, liderado por países como Brasil o Chile. Prueba de ello supuso la reunión OMS/OPS de septiembre de 2006, donde los ministros de salud, en su reunión anual, incluyeron en la agenda de debate la cuestión de los determinantes de salud, dada la creciente preocupación por la insuficiencia de abordajes centrados la curación.

Algunos de los aspectos sobre los que se está trabajando incluyen el gradiente social, el estrés, las condiciones de vida en la infancia, la exclusión social, las condiciones de trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación y el transporte, aspectos sobre los cuales estaban emergiendo cada más estudios (Linström et al, 2002; Lynch et al, 2000; Marmot y Wilkinson, 2001; Wilkinson y Marmot, 2003). La OMS (2007) define los Determinantes Sociales de la Salud como el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja, haciendo explicitas estas condiciones con el estado de salud de la población.

De esta manera, aunque el tema de los determinantes sociales de la salud no es nuevo, y ha sido uno de los pilares del desarrollo de la Salud Pública, la nueva visibilidad global en el tema hace resurgir la cuestión de la inequidad en salud y la justicia social, apuntando las miradas a sistemas sanitarios más participativos y que democraticen el abordaje de los determinantes sociales de la salud bajo un enfoque de los derechos en salud (Villar, 2007). Sin embargo, el hecho de una mayor relevancia de las cuestiones relativas a los determinantes sociales de la salud y el hecho de que exista esta comisión para su estudio podría no significar necesariamente cambios de estrategias en las políticas de salud. Para otros autores como Irwin y Scali (OMS, 2005), el enfoque del informe de la situación que derive del trabajo de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

puede inspirar las acciones en salud en uno u otro sentido. Por ello, es especialmente relevante la perspectiva de la historia contada, su nivel de integralidad en sus recomendaciones, pero también cómo éstas son captadas por parte de los políticos, gestores y público en general diferentes procesos históricos.

La comprensión de salud como parte de los fenómenos sociales es fundamental. Como dice Minayo “*enfermedad es una realidad construida y el enfermo es un personaje social*”. (Minayo, 1998, p. 175). En el marco conceptual de Irwin y Solar (WHO, 2006), los sistemas de salud se constituyen como determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy vinculados a las políticas. Esas cuestiones conducen nuestras miradas al contexto en que se desarrollan las acciones de salud, es decir, al contexto social, que durante mucho tiempo en la historia, una concepción tecnicista de la salud ubicó separadamente del diseño de políticas de salud y de políticas de formación de los profesionales de la salud.

En cuanto a la organización de los servicios, la consideración de la salud como un fenómeno multidimensional que no depende exclusiva ni mayoritariamente del acceso a los servicios sanitarios especializados, supuso importantes avances en el campo de los análisis y las acciones en el ámbito de la salud. Entre ellos, la desmitificación de la tecnología como la panacea para la resolución de todos los males, la valoración de disciplinas distintas de la medicina en su contribución a la salud y el reconocimiento de la necesidad de un abordaje interdisciplinar en la atención a la salud. Por ello, el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud implica reincidir en el modelo de acceso a los servicios de atención de salud. El modelo de atención a la salud ha de enfocar su atención a las necesidades de salud de la población entendiendo que aquélla está influenciada por múltiples variables. Esta perspectiva apunta el necesario cambio de enfoque en la atención en salud, y la importancia de establecer un equilibrio entre los servicios ofertados con las oportunidades de alcanzarlos.

En este sentido, uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de salud hace referencia explícita a los determinantes sociales de ésta, declarando que la necesidad de una estrategia integral de salud no sólo ha de prestar servicios de salud, sino abordar las causas sociales, económicas y políticas subyacentes en la mala salud. Desde entonces hasta ahora, el modelo de Atención Primaria de Salud, representa un modelo más equitativo y que puede ajustarse mejor a las necesidades de la población (Starfield, 2001), pero para ello ha de seguir fiel a sus principios y pilares constitutivos.

1.2 DESARROLLO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Se ha dicho que salud es un derecho fundamental del individuo que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. Entre ellos, los sistemas de salud tienen un papel relevante, y el funcionamiento, cobertura y cartera de servicios que ofrece puede determinar no sólo el nivel de salud individual sino ocasionar desigualdades en salud dentro de la comunidad. En la actualidad, parece aceptarse que la atención en salud centrada en desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo que ha crecido espectacularmente en la segunda mitad del siglo pasado, no sólo no responde a las demandas de los usuarios (Colomer, 1998), sino que han incrementado los costes de la atención sanitaria (Mayoralas y Díaz, 2005). Además, este nivel de especialización aunque tiene su papel en la resolución de problemas concretos, no puede proporcionar un seguimiento continuado con lo ocasiona la pérdida de la concepción de la persona de forma holística e integral e incluso ha llegado a tener repercusiones en el prestigio profesional de las diferentes especialidades (Lucas et al., 2004). Por ello parece necesario establecer políticas que delimiten claramente las prioridades centradas en la persona (y no en la enfermedad) de acuerdo con los criterios de equidad, eficacia y eficiencia. Sin embargo, esta discusión no es nueva y tiene sus orígenes más de treinta años atrás, en la búsqueda de un modelo de atención en salud integral e integrador para la comunidad y más específicamente, con la comunidad.

La referencia al término de Atención Primaria, aparece en *Report on the future provision of medical and allied services* de 1920, también conocido como el Informe Dawson, donde se abordaba la organización del sistema sanitario del Reino Unido. En esta organización se incluyeron tres niveles en la organización de los servicios de salud, denominando el primer nivel en su versión traducida al español (OPS, 1964) como centros primarios de salud. Estos centros se establecían como el eje del sistema, apoyados por los centros de servicios

secundarios de salud y otros servicios como los hospitales docentes. Varias décadas más tarde de la publicación de este informe, en 1977, la XXX Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución 30.43, en la que se decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado tal de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se ha popularizado con el lema “*Salud para todos en el año 2000*”. En esta estrategia se establecieron tres elementos clave para la organización del modelos de Atención Primaria de Salud: la tecnología adecuada, la acción intersectoral y la participación comunitaria (Aguilar, 2001). Sin embargo, el hecho de hacer referencia específica a un plazo específico provocó que diferentes autores, especialmente los que esperaban resultados tangibles a corto plazo, la consideraran irrealista y demasiado idealista (Van der Geest, 1990).

Un año más tarde, en septiembre de 1978 se celebró en Alma Ata, con el patrocinio de la OMS y de UNICEF la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* que representó el pensamiento de las principales autoridades sanitarias de 140 países respaldando la Atención Primaria de Salud (APS) como una estrategia para lograr mayor equidad en salud. La Conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud de la siguiente manera (OMS, 1978):

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La declaración de 1978, además de conceptualizar el modelo de Atención Primaria, apunta los aspectos clave de este modelo de atención, algunos de los cuales se recogen a continuación.

- Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver esos problemas.
- Comprende, cuando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con la inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.
- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, nacionales y comunitarios, en particular de la agricultura, zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

Al año siguiente, en 1979, la XXXII Asamblea Mundial de la Salud lanzaba la “*Estrategia Mundial de la Salud para todos*”, fundamentando dicha estrategia en el establecimiento de Sistemas de Salud Nacionales basados en la Atención Primaria. La inclusión por tanto de la orientación comunitaria en la práctica supone el empleo de un método que además de su preocupación por la intervención directa con individuo, sano o enfermo, también centra la atención en favorecer la salud de la comunidad o de sus grupos constituyentes (Sidney et al., 1993). Por lo tanto, como modelo a llevar a la práctica, la APS tendría que dirigirse hacia las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser tratados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y potenciar al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

A pesar de que esta estrategia y definición fue aprobada de forma unánime, para Martín (2003) la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchas naciones desarrolladas no han hecho los esfuerzos precisos para potenciar la Atención Primaria de Salud (APS). Ello puede deberse a que, en un primer momento el concepto de APS, con una lectura superficial puede entenderse como una estrategia para ser aplicada en países con muy poca infraestructura sanitaria, con renta per cápita notablemente baja y con un determinado perfil epidemiológico. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud no formuló el concepto de APS como estrategia a ser aplicada sólo en ciertos países, aspecto en el que se incidía en el Informe del Simposium de la Oficina Regional de la OMS

para Europa celebrado en 1981. De nuevo, en 1983, los países industrializados reunidos en una conferencia celebrada en Burdeos confirmaron la validez de la declaración de Alma Ata también para los países desarrollados, reconociendo el papel principal de Atención Primaria de Salud para mejorar la accesibilidad y calidad de la asistencia. Para otros autores como Starfield (2001) el modelo de Atención Primaria no sólo es un enfoque que constituye la base del sistema de atención, sino que ha de influir de forma determinante en la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario.

Desde una perspectiva histórica, el cambio de paradigma en la conceptualización de la salud ha evolucionado desde una perspectiva inicial restrictiva y negativa (ausencia de enfermedad) hasta llegar a una óptica comprensiva y positiva (como fenómeno multidimensional). El impulso a esta conceptualización y su relación con la Atención Primaria de Salud pretendió llegar hasta una concepción social de la salud que realmente orientara las prácticas, por lo que se destacaba el papel de la comunidad a la que se dirigía y que a la vez dotaba de sentido a su existencia. Diversos autores resaltan el papel de la Atención Primaria de Salud en la consecución de la salud y su conexión con el contexto comunitario. Para Macinko et al. (2007, p. 1): *“Los resultados científicos demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los distintos países”*. Sin embargo, la orientación comunitaria impulsada por esta conferencia para la APS, no se tradujo en unas pautas homogéneas de desarrollo en los distintos países. Para Gofín y Gofín (2007) en respuesta a la Declaración de Alma Ata se desarrollaron diferentes modelos de APS, generando interrogantes en cuanto a su eficacia para mejorar el estado de salud de la comunidad. El énfasis en la orientación comunitaria en la Atención Primaria, considerada como un modelo práctico para racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios, ha llevado a algunos autores a denominarla como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) reforzando este perfil que no siempre ha acompañado la organización sanitaria.

Esta perspectiva, desarrollada en campo en los años 40 por dos médicos de familia SL Kark y E Kark en Sudáfrica, continuó desarrollando su marco conceptual y metodológico en Israel, desde donde se ha extendido a las regiones con sistemas de APS implementados (Kark et al., 1994). Para entender este enfoque es necesario tener en cuenta la manera en que la salud comunitaria enfatiza la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como lugar obligado en el que residen los riesgos para la salud y para la vida humana, así como las oportunidades para el crecimiento y la salud. Lo público y lo comunitario implican intercambios y ajustes entre los individuos, las organizaciones e instituciones de la comunidad con el ambiente físico, biológico y psicosocial, que repercuten de modo variable en el binomio salud-enfermedad.

Desde la Declaración de Alma Ata se han llevado a cabo numerosas reuniones internacionales vertebradas en el objetivo central de analizar la mejor manera de cumplir con los objetivos marcados por la política de Salud para todos en el siglo XXI. Paralelamente, otros documentos como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) o la de Declaración de Yakarta ya apuntaban que la reorientación de los servicios sanitarios ha de caracterizarse por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar según la declaración a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población, e incidiendo en los aspectos de promoción de la salud.

Diez años más tarde, la Carta de Ljubljana para la Reforma de Salud adoptada por la Unión Europea en 1996 establece que los sistemas de salud deben ser fundamentados en valores (dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), deben estar dirigidos a los resultados en salud, centrados en las personas y promoviendo su autoconfianza. Además, han de ser enfocados en la calidad, basados en una financiación sólida, capaces de responder a la voz y a la

elección de los ciudadanos y basados en la evidencia, requiriendo para ello el fortalecimiento de los recursos humanos y gerenciales y de coordinación política. Posteriormente, en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la comunidad sanitaria mundial en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998, se incide en que para el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas, es necesario el desarrollo de políticas y estrategias regionales y nacionales pertinentes, recalcando de nuevo el fortalecimiento del desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Con el nombre SALUD21 se denominan los contenidos del Documento de la Región Europea de la Organización Mundial de la salud (OMS, 1999), en el que se incluyen estrategias para garantizar que las políticas de salud giren en torno a consideraciones no sólo de tipo científico y económico, sino también social y político. De esta manera, el principal objetivo permanente de la política SALUD21 para la Región Europea de la OMS es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, considerando dos metas principales. La primera, promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida, y la segunda, reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

La estrategia se fundamenta en tres valores básicos constituyen los cimientos éticos de SALUD21. El valor central es la consideración de la salud como un derecho fundamental de los derechos humanos. Además, la estrategia explicita la consideración de la necesaria equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes. Finalmente, el tercer valor lo supone la participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

De esta forma, los objetivos de SALUD21 enumerados en la Tabla 1 apuntan de forma específica las necesidades de salud integrales del conjunto de la Región Europea y sugieren las acciones requeridas para mejorar el estado de la salud.

OBJETIVOS DE SALUD21
1. Solidaridad para la salud en la Región Europea
2. Equidad en salud
3. Iniciar la vida en buena salud
4. La salud de los jóvenes
5. Envejecer en buena salud
6. Mejorar la salud mental
7. Reducir las enfermedades transmisibles
8. Reducir las enfermedades no transmisibles
9. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes
10. En entorno físico sano y seguro
11. Una vida más sana
12. Reducir los daños producidos por alcohol, drogas y tabaco
13. Escenarios para la salud
14. Responsabilidad multisectorial en relación con la salud
15. Un sector sanitario integrado
16. Gestionar para una atención sanitaria de calidad
17. Financiar servicios sanitarios y asignar recursos
18. Desarrollar recursos humanos para la salud
19. Investigación y conocimiento para la salud
20. Movilizar agentes para la salud
21. Políticas y estrategias para la salud de todos

Tabla 1. Objetivos de Salud de SALUD21 (OMS, 1999)

Las múltiples estrategias de acción de SALUD21 persiguen garantizar un impulso sostenible desde el punto de vista científico, económico, social y político que dirija a mejorar el estado de salud de la población europea.

Entre estas estrategias recomendadas para los países, destacan algunas directamente relacionadas con la filosofía de la Atención Primaria de Salud, como las siguientes:

- Atención primaria de salud orientada a la comunidad y a la familia con carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.

- Estrategias multisectoriales para hacer frente a los determinantes de la salud, teniendo en cuenta las perspectivas culturales, sociales, económicas, físicas y de género, y garantizando la utilización de la evaluación del impacto sanitario.
- Un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta.

A inicios del siglo XXI, la adopción de la *Declaración del Milenio* de las Naciones Unidas en septiembre del 2000, marcó el comienzo del nuevo milenio con una hoja de ruta en la que se establecen objetivos por alcanzar para el 2015. Suscrita por 189 países, los objetivos de Desarrollo del Milenio presentan una visión del desarrollo centrada en la salud y la educación, elementos esenciales para que se adelante hacia el logro de los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tres de los ocho objetivos, ocho de las dieciséis metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores se relacionan directamente con la salud. La importancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio radica en la relación existente entre ellos, puesto que se refuerzan recíprocamente en un marco encaminado a mejorar el desarrollo humano en general.

Los elementos conceptuales que sirvieron de base para la Declaración de Alma Ata, no sólo no han pasado de moda, sino que continúan influyendo en los aspectos primordiales de las políticas internacionales de salud. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y subrayan la necesidad de avanzar en las relaciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria (OMS, 2001). Además, como los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados como los contenidos en la Declaración del Milenio de Naciones Unidas, el programa SALUD21 o el plan de ejecución resultante de

la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrado en Johannesburgo en 2002, requieren el fortalecimiento de los servicios de salud para todos como un paso previo esencial para la mejora de la salud. Poco después, la OPS/OMS aprobó la Resolución CD44.R6 durante la reunión No.44 de su Consejo Directivo en septiembre del año 2003 y en ella invitó a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la Atención Primaria de Salud. Se insta a los países a tener en cuenta los principios de este modelo en las actividades de los programas de cooperación técnica, esencialmente los relacionados con los objetivos de la Declaración del Milenio; a evaluar diferentes sistemas basados en la Atención Primaria de Salud e identificar y diseminar las mejores prácticas; a concurrir en la capacitación de trabajadores de la salud; a apoyar modelos de Atención Primaria de Salud definidos a nivel local; a celebrar el 25 Aniversario de Alma Ata; y a organizar un proceso de trabajo con miras a definir las futuras orientaciones programáticas y estratégicas sobre la Atención Primaria de Salud. Estos aspectos formaron el eje temático central de la Asamblea General desarrollada en octubre del mismo año 2003 en Madrid.

Unos meses después, en enero 2004, la Red de Evidencia en Salud de la Región Europea de la OMS editó un documento en el que se analizan cuáles son las ventajas y las desventajas de reestructurar un sistema de salud hacia un mayor enfoque en la APS. Para ello se revisa toda una serie de estudios internacionales, predominantemente de Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Países Escandinavos y así mismo varios países en vías de desarrollo en la región de África. Esta revisión presenta que existen pruebas de que los sistemas basados en la Atención Primaria de Salud tienen mejores resultados de salud, son más equitativos, más accesibles, con menor coste y además con mayor satisfacción del usuario que los sistemas centrados en la atención hospitalaria. El estudio enfatiza en la importancia de que la atención especializada y la Atención Primaria se desarrollen de forma coordinada el sistema de salud para mejorar los resultados, coincidiendo con los resultados de otros estudios (Macinko, Starfiel y Shi, 2003).

Además considera la Atención Primaria de Salud no sólo como la puerta de entrada al sistema sanitario sino como el mecanismo por el cual los dos objetivos de los sistemas sanitarios - optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos están equilibrados. Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2007), ha editado un documento en el que se insiste en la consideración el modelo de Atención Primaria de Salud como el más adecuado para atender las necesidades en salud de la población. En este sentido el documento detalla los criterios que han de cumplirse para caracterizar verdaderamente un sistema sanitario orientado en el modelo de la Atención Primaria de Salud, entre ellos los siguientes :

- El énfasis en la prevención y en la promoción es de vital importancia para un Sistema de Salud Basado en la APS porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud.
- Atención apropiada significa que un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o de la enfermedad. Debe enfocarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo.
- Orientación familiar y comunitaria significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

- Un sistema basado en la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, estar fundamentado en valores compartidos que involucren mecanismos activos de participación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.
- Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades, y asegurar que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto.
- Los sistemas de salud basados en la APS son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud. El sistema se acopla íntimamente con acciones intersectoriales y con enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores.
- Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas.

Una característica fundamental en el modelo de Atención Primaria es la consideración de que los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Sin embargo, para Macinko, Starfield y Shi (2003) las importantes diferencias en la organización de la Atención Primaria en los distintos países, se deben en gran medida a la priorización en el desarrollo de

estrategias que permitan regular y controlar los costes de la atención sanitaria y menos atención ha tenido el estudio del impacto de las reformas en la mejora de la salud de la población. De esta forma, el marco general de la Atención Primaria de Salud se ha ido adaptando a las distintas realidades organizativas y de financiación de los sistemas de salud en los países (Abel, 1995; Macinko, Starfield y Shi, 2003), poniendo en cuestión el desarrollo de algunos elementos de su concepción que el modelo plantea (Ver Figura 3.)

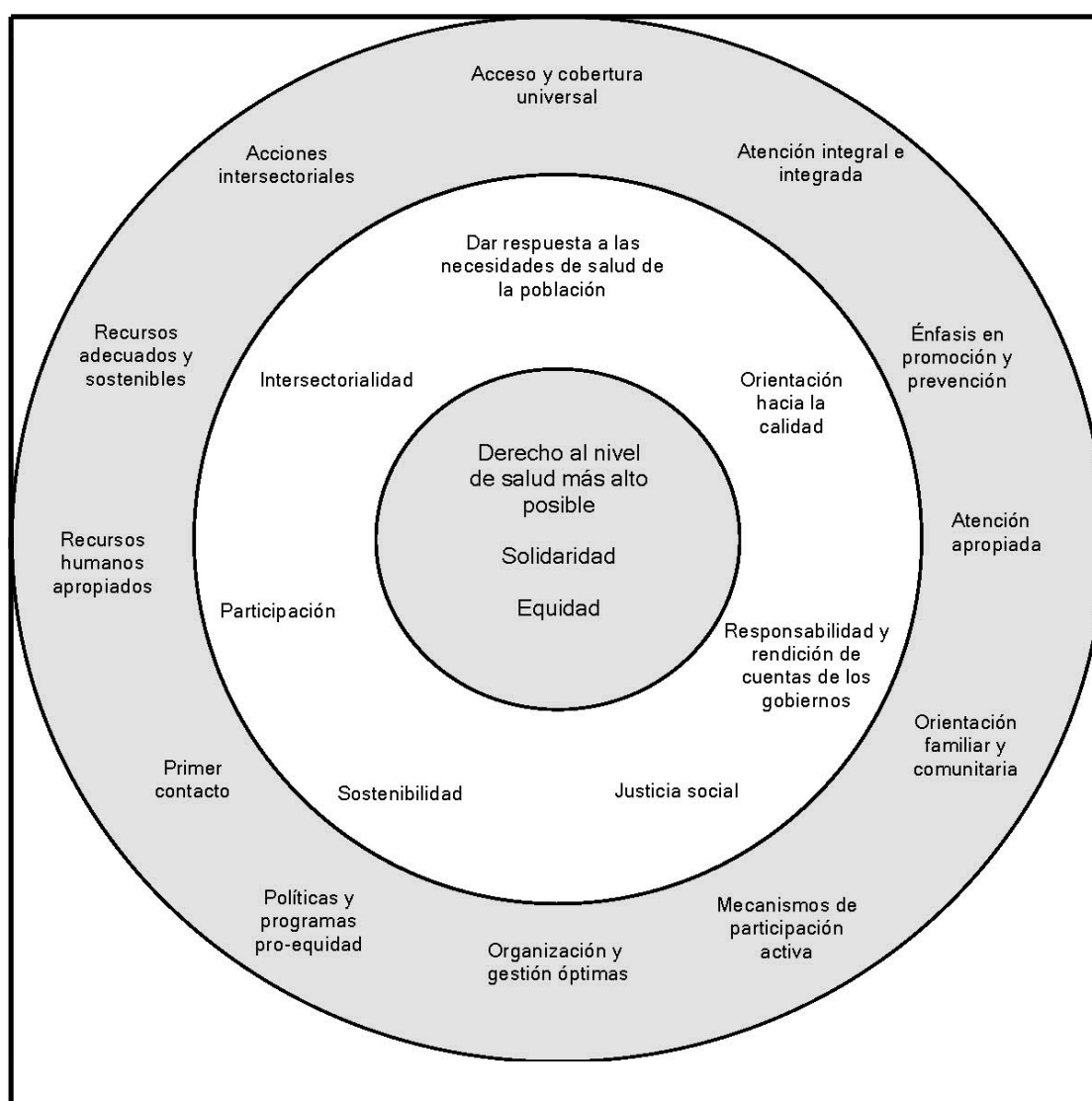


Figura 3. Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS (APS/OMS, 2007)

En definitiva, desde la Declaración de Alma Ata, diversas voces han plasmado la actualidad y vigencia de los principios fundamentales del modelo de Atención Primaria de Salud. Algunos autores han destacado estos principios de diversas maneras, aunque en general las perspectivas se hallan interrelacionadas. Para Vüori, (1984) el modelo de Atención Primaria supone un cambio de filosofía en la atención de salud, que implica concebir la salud como un derecho fundamental y garantizar su defensa prioritaria, respondiendo a criterios de justicia e igualdad. Además supone un nivel de asistencia, tanto para la población que contacta con el sistema sanitario como de la población en general, promoviendo la toma de contacto de individuos y comunidades mutuamente interactiva con el sistema sanitario en consultas, domicilios y otras instituciones de la comunidad. El modelo puede considerarse también como una diferente estrategia de organización de los servicios sanitarios, para alcanzar una cobertura total, que sean accesibles, respondan a las necesidades de la población, que estén funcionalmente integrados, basados en la participación de la comunidad y una adecuada administración de los costes. Desde este punto de vista, cuanto mejor sea este nivel de organización de los servicios sanitarios por tanto, no sólo se mejora el funcionamiento del sistema y se gestionan mejor los recursos sino que podrán responder mejor a las necesidades de la población de una manera continuada. Finalmente, el conjunto de actividades a desarrollar incluyen prevención, tratamiento, educación sanitaria, pero también otro tipo de actividades que han de ser asumidas también por las naciones ricas e industrializadas y no sólo aquellas comunidades en vías de desarrollo.

Por tanto, la Atención Primaria de Salud es más que un modelo de organización sanitaria. Responde al convencimiento de que la salud de los ciudadanos es un derecho y no un privilegio y por tanto ha de ser el eje vertebrador de las políticas en salud. Un país puede proclamar que posee una Atención Primaria en el sentido más amplio sólo si su sistema sanitario es justo e igualitario, si promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud y la solidaridad internacional y asume un concepto amplio de salud.

Para el autor, el modelo de Atención Primaria de salud supone un cambio de perspectiva en la atención a la salud, pero también un cambio en su contenido, su organización y su modelo de responsabilidad en cuanto a la salud. La tabla 2 recoge estas diferencias:

Perspectiva convencional	Nueva Perspectiva
Enfermedad	Salud
Curación	Prevención y Cuidado
Contenido Convencional	Nuevo Contenido
Tratamiento	Promoción de la Salud
Atención Puntual	Atención Continuada
Problema Específico	Atención Exhaustiva
Organización Convencional	Nueva Organización
Especialistas	Médicos de Familia
Profesional Médico	Otros Colectivos Profesionales
Práctica Individual	Práctica en Equipo
Responsabilidad Convencional	Nueva Responsabilidad
Exclusiva del Sector Sanitario	Colaboración Intersectorial
Dominio Profesional	Participación Comunitaria
Intervención Pasiva de la Ciudadanía	Autorresponsabilidad

Tabla 2. Características de la Atención Primaria de Salud.
Adaptado de Vüori (1984).

Cabe destacar que otros autores hacen referencia a los elementos conceptuales estructurándolos de forma diversa como Starfield (2001) o Lamarche y cols (2003), aunque no difieren en su perspectiva general. En el caso de Starfield (2001), la autora distingue características como el primer contacto (o accesibilidad), la atención longitudinal centrada en la persona y no en la enfermedad, la atención integral a todas las necesidades de salud (o comprensividad), la coordinación con otros niveles o servicios de salud, la orientación familiar, situando a la persona en su propio medio y la orientación comunitaria, considerando la ubicación de la persona en un contexto social pero también apuntando el rol activo por parte de la comunidad en la organización y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.

Siguiendo a Marrín Zurro (Martín, 2003) los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud se concretan en una perspectiva integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible y estar basada en equipos interdisciplinarios. Además ha de ser comunitaria y participativa, programada y evaluable; y también docente e investigadora. Esquemáticamente, los elementos conceptuales se pueden concretar en la Tabla 3:

Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud	
Integral	Consideración del ser humano desde una perspectiva biopsicosocial en relación con sus necesidades en salud.
Integrada	Interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, juntamente con las restantes estructuras y sectores del sistema sanitario.
Continuada	A lo largo de la vida de los individuos en sus diferentes ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.)
Permanente	En cualquier circunstancia (en el centro de salud, seguimiento hospitalario, urgencias)
Activa	Los equipos de salud intervienen activamente en la resolución de las necesidades de salud más allá de las demandas expresadas por el individuo o la comunidad, incidiendo en la promoción y la prevención.
Accesible	Facilidad de los usuarios para contactar con los recursos sanitarios y utilizarlos, sin barreras por criterios geográficos, económicos, burocráticos o discriminatorios.
Basada en equipos interdisciplinarios	Integrados por personal sanitario y no sanitario.
Comunitaria y participativa	Participación de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en marcha de las actuaciones.
Programada y evaluable	Actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, actividades, recursos y mecanismos de seguimiento y evaluación claramente establecidos.
Docente e investigadora	En pregrado, postgrado, formación continuada e investigación básica y aplicada.

Tabla 3. Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud (Martín, 2003)

1.3 EL PROCESO DE REFORMA HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA.

El antecedente al modelo de Atención Primaria en España era un sistema de asistencia ambulatoria fundamentado en la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedades de 1942 y la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. El Seguro Obligatorio de Enfermedades se creó dentro del sistema de protección social de Instituto Nacional de Previsión, con una orientación centrada en la restauración de la salud perdida a causa de una enfermedad (Martín, 2003). La *Ley de Bases de Sanidad Nacional* estaba inspirada en un modelo de sanidad liberal con un Estado benefactor. De acuerdo con su esquema organizativo, las administraciones públicas debían ocuparse de los aspectos de salud pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad, exceptuando aquellos casos de especial trascendencia social (tuberculosis, enfermedades mentales, etc.) que eran atendidos en hospitales y dispensarios. Por otro lado, la beneficencia se encargaba de atender a las personas sin recursos.

De esta manera, progresivamente se desarrolló en nuestro país una asistencia ambulatorial centrada en una atención médica individual y curativa, es decir, centrada en resolver la enfermedad. En este período en que se incrementa la cobertura, simultáneamente se aumenta la demanda, lo que genera una masificación que recae en unos profesionales con pocos recursos, que desarrollan su labor en un sector con poco prestigio dentro de su profesión y de forma independiente dentro del mismo centro. Todo ello fue un caldo de cultivo ideal para generar una baja resolución de la demanda asistencial y con ello una insatisfacción de los usuarios, que irremediablemente se derivaban a los hospitales y que en muchos casos optaban por una atención sanitaria privada. Cuando, como se ha visto, los países industrializados reunidos en la conferencia celebrada en Burdeos en 1983 confirmaron la validez de la declaración de Alma Ata para esos países desarrollados, el Estado Español asumió esos planteamientos reconociendo el papel principal de Atención Primaria de Salud para mejorar la accesibilidad y

calidad de la asistencia. De esta manera, en los últimos veinte años en nuestro país se han llevado a cabo una serie de reformas en cuanto a la Atención Primaria de Salud inspiradas en la Declaración de Alma Ata.

Es a partir de 1984 cuando se inicia un proceso de reforma de la estructura asistencial con la aprobación del *Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud*. Este decreto delimitó las zonas de salud, definió el Centro de Salud, y el concepto de una Atención Primaria coordinada, integral, permanente y continuada, creó los Equipos de Atención Primaria y la figura de Coordinador Médico; y estableció una jornada de trabajo, la libre elección de médico y la tarjeta sanitaria. Posteriormente distintas disposiciones se suman a ésta, anticipándose todas ellas a la norma fundamental que debía establecer la reforma general del sistema sanitario y que toma forma en 1986 con la aprobación de la *Ley General de Sanidad*. Con ella, la nueva estructura asistencial queda determinada, restando adecuar la estructura asistencial existente a las nuevas exigencias contempladas en la Ley. Esta ley desarrolló el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución y colocó al sistema Nacional de Salud como la estructura compuesta por todos los servicios de salud - tanto estatales como autonómicos - y garante de dicho derecho. Por lo tanto, el derecho constitucional a la protección de la salud, obliga a desarrollar el principio de equidad en el acceso a los servicios sanitarios, la financiación pública del sistema, el acercamiento de la gestión sanitaria a la realidad social y la mejora continua de la calidad de la atención prestada.

La construcción del Sistema Nacional de Salud como conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, pasa a integrar las funciones y prestaciones que son responsabilidad de los poderes públicos (Martín, 2003). Posteriormente, las comunidades autónomas con transferencias en sanidad promulgaron diferentes decretos para poner en marcha la reforma de la Atención Primaria en cada una de ellas. En el proceso de reforma se marcó como líneas de acción para la nueva organización

una dedicación completa de los médicos y de las enfermeras, la responsabilidad activa sobre el cuidado por parte de los ciudadanos, el trabajo en equipo, la creación de servicios de apoyo, así como la ordenación del territorio y la población en zonas de salud, responsabilidad de los equipos. Además de los anteriormente citados, está la introducción de la historia clínica y los modelos de registro, la programación y protocolización de la asistencia, la organización de actividades no asistenciales y el establecimiento de criterios para el mejor funcionamiento de los centros (INSALUD).

En definitiva, hoy se considera que un modelo de Atención Primaria, frente a un sistema ambulatorial, está en mejor disposición para conseguir la racionalización de los recursos mejorando así el funcionamiento y la eficiencia del sistema (Martín, 2003; Macinko, Starfield y Shi, 2003). En nuestro país, la reforma se ha traducido, en la mejora de las infraestructuras de los centros sanitarios, el mejor control de aquellas personas con patología crónica, la puesta en marcha de protocolos de prevención, el aumento de la resolución de los problemas de salud, la menor derivación al hospital de los problemas de salud más comunes y una mayor satisfacción del usuario. Sin embargo, en los últimos años, el debate de la reforma de la gestión de la AP parece centrarse en intentar definir cuáles son las mejores fórmulas de gestión y organización para conseguir que los profesionales de Atención Primaria se conviertan en los agentes «llave» del sistema sanitario, y por tanto sean gestores-agentes de los pacientes, con la capacidad real de distribuir los flujos de pacientes a especialistas, hospitales, centros de pruebas complementarias y servicios de urgencias (Violan i Fors, 1999). Para algunos autores (Martín, 2003), algunas propuestas de gestión sin embargo, tienen un trasfondo neoliberal en sus planteamientos que ponen en riesgo el modelo de Atención Primaria, ubicándola de forma secundaria y dependiente del sistema hospitalario. En todo caso, y a pesar de las buenas voluntades y del acierto en la adopción del modelo de Atención Primaria como eje del sistema sanitario, diferentes aspectos, como las inercias propias de la atención especializada en los profesionales y las deficiencias en infraestructura y recursos, han resultado una

barrera a superar en el desarrollo de estas actividades desde el inicio del proceso de reforma de la Atención Primaria (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Villalbí y Farrés, 2005). Por todo ello, a la cuestión de los recursos económicos ha de sumarse la potenciación de los programas docentes en la formación de profesionales de salud (Martín, 2003).

Sin duda, desde la Reforma de la Atención Primaria se han logrado importantes avances en la atención a los ciudadanos, permitiendo una mejora sustancial en los servicios de salud de financiación pública superando el modelo ambulatorio (Borrell, 1996). Desde aquella situación de precariedad de la asistencia primaria hasta la actualidad han pasado poco más de 20 años de esfuerzo innovador que para algunos autores (Fernández, 2005) la han situado en una de las mejores APS a nivel internacional. Sin embargo, presuponiendo la voluntad política hacia la mejora en este nuevo modelo de prestación, varios han sido los problemas encontrados, por otra parte comunes en muchos casos, a otros países (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Rubiol, 1986). En general, podemos decir que el grado de implantación de las reformas, y muy particularmente las que afectan a la organización y gestión de los servicios sanitarios ha sido muy variable. Ha dependido de la capacidad de conseguir recursos políticos y sociales para afrontar los cambios, y de la rigidez estructural institucional de la que se parte históricamente.

Por ello, a pesar del entusiasmo con que la reforma fue iniciada en nuestro país, no se han ejecutado una gran parte de las propuestas de cambio institucional y organizativo. El cambio y la innovación es difícil en el sistema sanitario español, sometido a una fuerte rigidez institucional que dificulta enormemente cualquier intento de transformación, debido a las fuertes resistencias de los grupos de interés internos y también externos a las organizaciones sanitarias. En este sentido, las incertidumbres de los resultados de ciertas innovaciones organizativas de los centros sanitarios públicos, privatización de ciertos servicios, incentivación económica, cambios en la regulación laboral, etc, la enorme rigidez estructural

heredada y, consecuentemente los altos costes políticos que el proceso de cambio implica son las principales causas del confinamiento de la reforma organizativa e institucional.

La implantación de la reforma de forma más lenta de lo esperado y las problemáticas en su desarrollo han condicionado algunos de los aspectos deficitarios de la situación actual (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Martín, 2003, Durán et al 2006). Por un lado, existió una precipitación e improvisación en el inicio del proceso, no teniendo en cuenta la escasez relativa de recursos humanos y materiales necesarios para el cambio. Además hubo una falta de flexibilidad en la puesta en práctica de la planificación y organización sobre todo en lo referente al número y tipo de profesionales de cada centro. Los equipos eran constituidos esencialmente por médicos y enfermeras en un número anárquico y poco adaptado a las necesidades de la población y de funcionamiento del centro, mientras que los otros profesionales, han ido integrándose a un ritmo más lento de lo esperado en los niveles de apoyo. Como en el caso anterior, su número y distribución no siempre ha respondido a las necesidades de la población.

Estos aspectos favorecieron la falta de definición clara de los roles de los profesionales que se contemplaban, y hace difícil todavía hoy la constitución de verdaderos equipos que comparten objetivos y que sean capaces de colaborar por iniciativa propia y compromiso con los resultados obtenidos. Otros factores referentes a los propios profesionales fueron los ligados al prestigio profesional, las condiciones económicas o la deficiente formación docente e investigadora, lo que ocasionó desequilibrios presentes todavía hoy.

El desarrollo de la reforma tropezó con obstáculos importantes en las grandes ciudades, quedando muchas de ellas retrasadas en este proceso (Villalbí y Farrés, 2005). Sus causas radicarón por un lado, en la concentración de profesionales reclutados por el sistema antes de iniciarse la reforma, poco proclives al cambio y que tenían derecho a mantener el modelo de su relación contractual. Del estudio

Ballesteros (1993) años después del inicio de la reforma se desprende que la actitud de los médicos de Atención Primaria con este modelo de atención tenía relación con factores como la edad, el lugar de trabajo y el contrato laboral. La coexistencia durante demasiado tiempo de partes reformadas y no reformadas dentro del sistema, ha sido uno de los aspectos que ha dificultado la comprensión del modelo por parte de la población, ha generado desconfianza de los profesionales en el mismo y ha ocasionado grandes dificultades de gestión. Ello ha ocasionado una percepción equivocada por parte de la población del nuevo papel del centro de salud y no ha instaurado una cultura de participación y colaboración entre el centro de salud y la comunidad. De esta forma, el desarrollo del papel comunitario ha sido muy deficiente, empezando por la poca información o incluso inadecuada respecto a los cambios introducidos.

Además de los aspectos profesionales y comunitarios, una dificultad para la reforma fue la falta de suelo público o locales apropiados en las ciudades más densas, especialmente en el centro, pero también la falta de prioridad política en zonas con menor utilización de servicios públicos. En contrapartida, este retraso plantea serios problemas para la sostenibilidad del sistema de Atención Primaria de financiación pública. En efecto, al quedar el grueso de las clases medias urbanas fuera de la oferta de servicios reformados, hubo una tendencia a buscar formas alternativas de provisión de servicios sanitarios, lo que debilitó su adhesión al modelo a favor del sistema sanitario privado. Esto tuvo consecuencias negativas para el modelo, al ser visto más como un sistema para personas sin recursos económicos, más que como un sistema público que beneficia a todos. De cara al futuro, para Martín, Ledesma y Sans (2000) la estrategia para la transformación progresiva de la Atención Primaria que culmine el proceso de reforma ha de contemplar diversos aspectos, entre ellos, mejorar la atención centrada en el ciudadano ya que muchos aspectos organizativos y funcionales se han llevado a cabo atendiendo a los intereses y necesidades de los profesionales y no de los usuarios. La ciudadanía ha de ser el referente en los servicios y ha de ser el eje vertebrador de la planificación y práctica de la APS.

Por lo tanto, es necesario contar con la perspectiva de la población que utiliza los servicios y reorganizar la atención en base a sus necesidades. Además los autores apuntan la necesidad de mejorar la atención domiciliaria, considerando que todavía no tiene el nivel de priorización que requiere y en muchos casos se realiza sin un grado suficiente de motivación. Se realiza poca atención domiciliaria programada, con escasa participación de los profesionales y coordinación con otros recursos de atención social y sanitaria, donde además de la actividad asistencial han de desarrollarse las actividades de prevención y promoción de la salud. Martín, Ledesma y Sans (2000). Garantizar la identificación de los usuarios adscritos a cada centro, actualizando los datos permanentemente para asegurar una identificación clara de los usuarios del sistema y construir a partir de ellos indicadores imprescindibles para la planificación y evaluación.

Sin duda la diferencia entre áreas básicas de salud con población asignada muy numerosa asignadas a equipos demasiado grandes y complejos, y por otro lado, áreas con una elevada dispersión dificultan un funcionamiento óptimo. Esta identificación de los usuarios y de sus necesidades podría derivar en una reconsideración de la delimitación territorial o de asignación de nuevos recursos o de compartir los ya existentes. Respecto al tamaño de los equipos y su funcionalidad comparaciones internacionales en países europeos demuestran que la mayor satisfacción de los usuarios está relacionada con centros con equipos pequeños, próximos al ciudadano y con atención continuada (Wensing, 2002). Martín, Ledesma y Sans (2000) apuntan que es necesario diseñar equipos más reducidos, priorizando el funcionamiento coordinado de sus integrantes. Los equipos demasiado grandes, fruto de una población asignada muy numerosa, puede originar dificultades en el funcionamiento y la organización. Por otro lado, los bajos niveles de percepción de la calidad de vida profesional y el burnout estudiados en profesionales de Atención Primaria que podrían redundar también en la población (Jorge et al., 2005), vienen a llamar la atención sobre los aspectos como la carrera profesional, desburocratización y mejora de las condiciones laborales.

Martín, Ledesma y Sans (2000) sostienen la necesidad de estimular la motivación y compensación de los profesionales que trabajan en AP, creando las condiciones necesarias que conlleven a la mejora del ambiente laboral. Estudios en este sentido, apuntan que el colectivo profesional en Atención Primaria valora especialmente los aspectos que tienen que ver con el proceso relacional con los usuarios y el resto del equipo, señalando que las condiciones laborales como la infraestructura, la organización, y la gestión pueden limitar este proceso (Palacio et al, 2003).

Para todo ello, el incremento del gasto sanitario en Atención Primaria se considera una acción urgente, para que, en palabras de Simó y cols. (2004), deje de ser la Cenicienta del sistema de salud. Para los autores, la desigual financiación del sistema especializado y primario, saca a la luz un aspecto de tensión común en los distintos países, como han sido las complejas relaciones entre ambos niveles de atención. Es evidente que tras una tradición histórica en que el hospital era el eje de todo el sistema sanitario es difícil sacar a la APS de la “segunda fila” en la cual habitualmente está situada. Aspectos como el reparto de los recursos, pero también el prestigio profesional actual en que se valora más la especialización y la atención con altos niveles de tecnología que la atención “en primera fila” no ayudan a mejorar esta relación (Vüori, 1984). Diferentes autores (Martín, Ledesma y Sans, 2000) ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la coordinación de los niveles asistenciales, sin supeditar la gestión de la Atención Primaria a la hospitalaria, aunque otros autores señalan la dificultad en las relaciones entre ambos niveles mientras las decisiones presupuestarias sigan tomándolas personas vinculadas a los hospitales, y a ellos deriven la mayor parte de los recursos (Baena et al, 2005).

1.4. LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Respecto a la gestión y administración de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, hemos de tener en cuenta el proceso transferencial donde las competencias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a nivel del estado van descentralizándose en las diferentes comunidades autónomas. Respecto a la organización territorial del Estado y la distribución de competencias prevista en la Constitución, desde un primer momento se transfirió a las Comunidades Autónomas las competencias en Salud Pública (iniciada en 1979 a los Entes Preautonómicos de Cataluña y País Vasco) y la AISNA (Administración Institucional de Sanidad Nacional), proceso que se inició en 1980 con sendos Reales Decretos para las Comunidades Autónomas de Cataluña y País Vasco (Sanz, 2004). En el año 1981 se inició la primera transferencia de la asistencia sanitaria de la seguridad social que gestionaba el INSALUD a la Comunidad Autónoma de Cataluña. Ello permitió el inicio por parte del Institut Català de la Salut (ICS) de experiencias piloto en Atención Primaria de Salud en cuatro centros (Rey, Villalbí, 1987). La siguiente fue Andalucía en el año 1984, País Vasco y Comunidad Valenciana en 1987 y Navarra (1990), Galicia (1990) y Canarias (1994) posteriormente.

El modelo de la Atención Primaria, a las puertas del siglo XXI cubría el grueso del territorio, aunque con variaciones entre comunidades autónomas que hacía presuponer que quedaba un largo camino por recorrer (López, 1986; Borrás 1990). Aunque se da cierta diversidad entre entidades gestoras o proveedoras (como INSALUD, Servei Català de la Salut, Servicio Andaluz de Salud, etc.), esta reforma se basa en unas características básicas comunes (Villabí et al., 1999). El proceso se completó con las diez Comunidades restantes en diciembre de 2001, quedando bajo la gestión de INSALUD las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del ministerio de Sanidad y Consumo establece la desaparición del Instituto Nacional de la Salud y su adaptación en una entidad de

menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD. En 2002, el todavía denominado INSALUD, publica el documento *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*, donde se presenta un análisis de la situación de la Atención Primaria en España desde una perspectiva más optimista y menos crítica que otros autores hacen en la misma época. El documento supone sin embargo, el resumen de una serie de intervenciones realizadas desde la administración en cuanto a la reforma de la Atención Primaria, coincidiendo con el período de traspaso de competencias en materia de salud. Finalizado el proceso transferencial, la gestión sanitaria - incluyendo la Atención Primaria - pasa a depender por lo tanto de las diferentes comunidades, lo que supone una diferencia de veinte años entre las primera comunidad con trasferencias y las últimas. En el caso de la Comunidad Balear, el proceso de transferencia de las competencias se completó en 2001, pasando de una gestión del INSALUD a una gestión del IB-SALUT.

En cualquier caso, aunque la gestión descentralizada se incia de forma tardía, el proceso de reforma de la Atención Primaria se había iniciado rápidamente. Ya en 1981 se había creado en el Consultorio de La Vileta la primera Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la isla, que constituyó el primer embrión de centro de salud y se mantuvo hasta la apertura del Centro de Salud de Es Camp Redó en 1985. Posteriormente en Palma le siguieron los centros de Coll d'en Rabassa, Emili Darder, Son Ferriol, Escuela Graduada, Son Cladera y Son Serra (INSALUD, 1995). Poco después, en el trienio 1986-88, Palma de Mallorca llegó a ser la capital de provincia con mayor población atendida según este modelo.

Los procesos de descentralización aún pudiendo ser considerados como más efectivos para la gestión contextualizada pueden poner en riesgo el acceso al sistema sanitario para la ciudadanía, pudiendo sus diferentes servicios ser un factor que contribuye a la presencia de desigualdades en salud en un mismo país. Por este motivo, a mediados del año 2003, se aprobó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que no sólo asume el nuevo escenario de completa descentralización de la asistencia sanitaria, sino que establece el marco legal para las acciones de coordinación de las administraciones públicas sanitarias.

La Ley de Cohesión y Calidad pretende garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, mediante estrategias que fomenten el mejor nivel de atención a los ciudadanos y la motivación de los profesionales, respondiendo a las necesidades de la población, en el marco de la situación actual. Para ello presenta una política sanitaria basada en tres grandes líneas estratégicas: mejorar los resultados en salud, garantizar a los ciudadanos la equidad, calidad y participación en la atención sanitaria, y promover la cohesión en el Sistema Nacional de Salud. En cuanto a la primera línea estratégica cabe destacar el interés en asegurar la continuidad en la atención en salud incorporando la Atención Sociosanitaria y la Salud pública al catálogo de prestaciones, ampliando y perfilando además el contenido de la Atención Primaria. En este sentido, la ley considera a los profesionales del sistema sanitario como protagonistas fundamentales para mejorar los resultados en salud, insistiendo en la necesidad de continuar la formación a lo largo de la vida.

Respecto a las garantías a los ciudadanos, a pesar del alto nivel de equidad alcanzado según la ley, el sistema sanitario presenta desigualdades, por lo que debe orientarse al incremento del nivel de calidad y las garantías de la atención sanitaria, evitando la variabilidad geográfica y en la práctica clínica. En este sentido la creación de la Agencia de Calidad y el Observatorio Nacional de Salud se planteó con el objetivo de la mejora continua en la práctica diaria, reforzando el

papel de las guías de práctica clínica y el análisis de buenas prácticas. En cuanto a la cohesión del sistema, en un sistema sanitario descentralizado es necesario garantizar la visibilidad de los objetivos centrales que den coherencia al conjunto. La ley define y regula los ámbitos de actuación en que es precisa la colaboración de todas las administraciones públicas sanitarias: las prestaciones, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad, los planes integrales, la salud pública y la participación social. También la ley considera necesaria la definición de instrumentos organizativos capaces de evitar las desigualdades como el Consejo Interterritorial, el Fondo de Cohesión Sanitaria, el Sistema de Información y las Redes de conocimiento.

Para definir la política de recursos humanos, iniciada con el proceso de consolidación de empleo, se aprobaron en el mismo año 2003, dos normas: el Estatuto Marco del Personal Estatutario, que estaba pendiente desde 1986, y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Estas normas pretendían ir destinadas a establecer las líneas generales y básicas de un nuevo modelo de relaciones laborales, incentivando el trabajo de los profesionales a través de una carrera profesional, estableciendo un nuevo modelo de especialización y de formación continuada y armonizando, en términos generales, las cuestiones básicas que afectan a su régimen de trabajo.

La literatura apunta que la reforma de la Atención Primaria iniciada en 1984, representó un significativo incremento en las prestaciones y capacidad resolutoria del primer nivel asistencial (INSALUD, 2002). Sin embargo un aspecto de gran importancia para la población hace referencia a la cartera de servicios que se puede disponer en un sistema descentralizado. En 1991 se consideró necesario hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios que la Atención Primaria debía prestar y que en muchos casos venían ya desarrollándose a través de programas de salud. La Cartera de Servicios en Atención Primaria (CS) supone teóricamente un catálogo de prestación de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de

resolución desde el primer nivel de atención. La Cartera de Servicios debía responder a las necesidades de salud (impacto) y a las demandas de los usuarios (satisfacción). Los objetivos fundamentales de la CS se establecieron en bajo dos consideraciones de la misma: como herramienta de calidad de la atención y como herramienta de gestión (INSALUD, 2002). Se considera sin embargo que la Cartera de Servicios es un instrumento dinámico, para adaptarse a los avances científico-técnicos y a las necesidades de salud. Desde su implantación hasta la actualidad ha originado un importante desarrollo de la misma tanto en el número y contenido de los servicios como en su metodología de evaluación. La Cartera de Servicios de 2002 estaba constituida por 38 Servicios repartidos en cinco bloques: Atención al niño, Atención a la Mujer, Atención al Adulto y Anciano, Fisioterapia y Salud Mental. Además de estos servicios, la CS incluía otros, cuya oferta a los usuarios era optativa. De esta forma, la disponibilidad de los servicios finalmente depende de la planificación en la programación de salud que se realice en las distintas gerencias, interviniendo así en dicha selección criterios de extensión del problema y vulnerabilidad del mismo, así como los recursos existentes a cada nivel de cada Área.

Sin embargo, la flexibilidad en la prestación en la disponibilidad de servicios en un sistema descentralizado puede poner en cuestión los valores del sistema nacional de salud. La diversidad en los servicios ofrecidos a la ciudadanía obliga a la publicación de normas que aseguren el establecimiento de servicios comunes en todo el territorio. En este sentido, en 2006 se publica el Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud. El decreto, detalla las características de estos servicios mínimos así como algunas recomendaciones para su revisión continuada, asumiendo con ello que las diferencias entre comunidades siguen siendo presentes. A modo de ejemplo, respecto a la fisioterapia en la Atención Primaria se incluye en esta normativa específicamente la atención en el centro de salud y en domicilio como un servicio común, lo cual no está desarrollado en todo el territorio nacional.

CAPÍTULO 2. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MALLORCA

Tal y como se ha comentado en las páginas anteriores, el modelo de Atención Primaria lleva consigo una organización en relación con el desarrollo de servicios en zonas delimitadas geográfica y demográficamente como el Área de salud y la Zona Básica de salud. En los apartados siguientes se describe las características básicas de esta organización centrando en el enfoque en Mallorca.

2.1 ÁREA DE SALUD Y ZONA BÁSICA DE SALUD.

Todas las comunidades autónomas han organizado sus servicios sanitarios en torno al Área de Salud, configurándose ésta como la estructura fundamental del Sistema Sanitario, tal como se determinaba la Ley General de Sanidad con el carácter de normativa básica. Así, a nivel territorial se constituyó un nuevo mapa sanitario que tiene como estructura fundamental el Área de Salud, la cual debe albergar todos los servicios necesarios a fin de prestar una asistencia especializada y primaria de forma integral. El área de salud se delimita teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos, así como de instalaciones sanitarias, extendiendo su acción a una población alrededor de los 200.000 habitantes. Se exceptúan de esta regla determinadas Comunidades Autónomas que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades; en todo caso, cada provincia tiene como mínimo un Área de Salud. En el caso de las Islas Baleares, al igual que en Galicia, Navarra y Castilla la Mancha, se contempla una estructura por encima del Área de Salud, con la denominación genérica de *Región Sanitaria*. Para mayor operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, todas las comunidades autónomas han subdividido las Áreas de Salud en Zonas Básicas de Salud (ZBS), que constituyen el marco territorial donde se desarrolla la Atención Primaria, es decir, el primer nivel asistencial. En su delimitación se tiene en cuenta las distancias máximas de las agrupaciones de población mas alejadas de los servicios, el grado de

concentración o dispersión de la población, las instalaciones y recursos sanitarios, entre otros. Además de esta organización, las comunidades pueden establecer denominaciones intermedias para la gestión de los servicios. Ocho comunidades autónomas contemplan la existencia de demarcaciones territoriales intermedias, de carácter funcional, entre el Área de Salud y las Zonas Básicas de Salud con denominaciones distintas: Distrito (de Atención Primaria, Sanitario o de Salud) en Andalucía, Asturias, Castilla – La Mancha y Madrid; *Sector* en Baleares, Aragón y Cataluña; Comarcas Sanitarias en Navarra. Los datos de la Memoria 2006 de la gerencia de Atención Primaria (GAP, 2006), señalan la existencia de una población adscrita al Área Sanitaria de Mallorca de 777.263 personas, lo que ha supuesto un 22% de aumento respecto a 2001, año en que se realiza las transferencias sanitarias. Geográficamente la isla está dividida en diversas zonas agrupadas en cuatro sectores en relación con hospital de atención especializada de referencia: Hospital Universitario Son Dureta, Hospital Son Llatzer, Hospital de Manacor y Hospital de Inca.

2.2 EQUIPO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

El trabajo en equipos interdisciplinarios es el pilar organizativo en que se basa el desarrollo de las intervenciones en Atención Primaria e implica que el grupo de individuos hace diferentes aportaciones en una metodología compartida dirigida a la consecución de objetivos comunes (Martín, 2003). De esta manera, profesionales sanitarios y no sanitarios han de desarrollar de forma continuada y compartida sus funciones y actividades en una comunidad determinada. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales y requieren no sólo de la combinación correcta de profesionales, sino también de la definición de roles y responsabilidades, de su distribución geográfica adecuada, y de la capacitación necesaria para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud, a la mejor salud del trabajador y a la satisfacción del usuario (Vüori, 1984; Martín, 2003; OPS/OMS, 2007). El núcleo básico del equipo en nuestro país está formado por profesionales de medicina de familia, enfermería y personal técnico

no sanitario. Entre los profesionales integrados en el equipo de apoyo se pueden encontrar profesionales de fisioterapia, trabajo social, odontología o farmacia entre otros. Si bien la composición de los equipos de apoyo es variable no siempre incluye a todos estos colectivos profesionales. En los países con una atención Primaria altamente desarrollada podemos encontrar en la composición de los equipos más de veinte grupos profesionales diferentes. Dentro del equipo de apoyo se encuentran los fisioterapeutas, quienes para (Martín, 2003) su actividad todavía no tienen una importancia del primer nivel en el sistema, pero que sin embargo sus funciones encajan con las actividades dentro del centro y en el domicilio.

En referencia al colectivo profesional y según el Documento de Consenso sobre las Propuestas de Mejora para los Equipos de Atención Primaria (MSC, 2001), se destaca la necesidad de incrementar el tiempo asistencial, flexibilizar las agendas de citación, mejorar la organización interna, la dotación de recursos, el sistema de información y la capacidad resolutoria. Para abarcar la realización del amplio abanico de actividades, es necesario que estos profesionales expertos en distintas áreas, participen con una metodología de trabajo que supere las tendencias a centrarse exclusivamente en los intereses de cada grupo profesional y apunten a las necesidades de los usuarios y de la organización (Martín, 2003).

En Mallorca los datos de la Memoria 2006 de la Gerencia de Atención Primaria señalan que estaban en funcionamiento en ese año un total de cuarenta y un equipos de Atención Primaria repartidos por todo el territorio, incluida la capital, y agrupados en el sector Ponent, Migjorn y Llevant. En la ciudad Palma se concentran diecisiete equipos de Atención Primaria en funcionamiento, divididos entre el sector Ponent y el sector Migjorn. Estos equipos intervienen en los distintos centros de salud y unidades básicas repartidos en el territorio. El número de población asignada es altamente variable como también lo es el número y tipo de profesionales que integran los equipos. Las unidades de apoyo como trabajo social y fisioterapia se ubican únicamente en determinados centros de salud. En el

caso del acceso a la fisioterapia, si el centro de salud habitual no dispone de unidad de fisioterapia, las personas han de desplazarse al centro salud de referencia para este servicio. En el caso de trabajo social, este colectivo profesional puede estar ubicado en más de un centro, desplazándose a los centros donde tienen consultas y en su caso, a los domicilios ubicados en las zonas de influencia de dichos centros de salud.

En la tabla siguiente se señala el número total de profesionales según el grupo de pertenencia, mostrando comparativamente el número de profesionales que constituyen los distintos equipos básicos y las unidades de apoyo según la Memoria 2006 (Tabla 4):

Medicina de Familia	Enfermería	Pediatría	Fisioterapia *	Trabajo Social**
369	365	101	19	9

Tabla 4. Grupo profesional y número de profesionales en Atención Primaria.
Fuente: Memoria 2006 de la Gerencia de Atención Primaria

El centro de salud se considera la estructura física y funcional en la que se ha de desarrollar una parte importante de las actividades de la Atención Primaria de Salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los grupos profesionales que intervienen (Martín, 2003). A diferencia de los antiguos consultorios donde el trabajo era básicamente asistencial y administrativo, las características del centro de salud en el nuevo modelo, le hacen asumir como institución la responsabilidad de la atención de una

* Algunos centros de salud tienen asignados directamente a los centros hospitalarios como referencia para el servicio de fisioterapia.

** Este número hace referencia al grupo de trabajo social ubicado en las unidades de apoyo de los centros de salud de Palma de Mallorca, las cuales pertenecen organizativamente al sistema de Atención Primaria. En el resto del territorio, aunque en algunos casos pueda existir una consulta ubicada en el centro de salud, el colectivo profesional de trabajo social pertenece estructuralmente a los servicios sociales de los ayuntamientos.

comunidad definida demográfica y geográficamente, contemplando actividades curativas pero además también preventivas y de promoción de la salud. En cualquier caso, el sistema organizativo acorde con el modelo de Atención Primaria Salud y que está realmente orientado a la comunidad ubica sus servicios con una proximidad que facilite el acceso de los vecinos al centro. Además, este hecho también que facilita las visitas al domicilio por el equipo de salud y la movilidad del personal en el área de referencia para llevar a cabo investigaciones sobre el estado de salud, actitudes y prácticas relevantes (Sidney et al., 1993).

CAPÍTULO 3. EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA FISIOTERAPIA

En los últimos años, se ha incrementado sensiblemente el nivel de discusión en diversos foros nacionales e internacionales sobre el papel de la Fisioterapia en la Atención Primaria de Salud. A nivel nacional, muchas de estas discusiones se han recogido durante las nueve ediciones de las Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria organizadas por la Asociación Española de Fisioterapeutas. En el seno de esta organización, se ha elaborado recientemente un informe con una propuesta para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria (AEF, 2007). La iniciativa, más que modificar el rol del colectivo de fisioterapeutas en este nivel de atención, pretende llamar la atención a políticos y gestores sobre la situación en que se están desarrollando los servicios de fisioterapia, así como unas propuestas para un desarrollo que responda al marco legislativo y a las necesidades de salud actuales de la población. A nivel internacional, otras organizaciones como la propia Confederación Mundial para la Fisioterapia (WCPT) y en especial las asociaciones del Reino Unido, Canadá, Escandinavia, Australia o Nueva Zelanda han realizado también una llamada de atención a sus gobiernos sobre el papel de la fisioterapia en este nivel de atención. Este capítulo presenta en primer lugar la evolución del concepto de fisioterapia, pasando a continuación al desarrollo y funciones en la Atención Primaria de Salud recogidos en la literatura.

3.1. LA FISIOTERAPIA

El concepto de fisioterapia ha evolucionado de forma importante durante el último siglo, construyéndose un marco conceptual que se vertebra en la atención a las necesidades de salud de la población desde el saber, el hacer y el ser de la intervención de profesionales fisioterapeutas. Aunque siglos antes en la historia se habían utilizado diferentes terminologías en referencia al uso de agentes físicos determinados, el desarrollo de la figura profesional, académicamente reconocida, ha resultado un pilar clave en el desarrollo de la fisioterapia.

Para Raposo y cols. (2001) el devenir histórico de la fisioterapia en nuestro país ha discurrido por dos vertientes diferenciadas: la del empleo de agentes físicos con fines terapéuticos y la del desarrollo del profesional fisioterapeuta. Así, mientras que desde la primera ha estado presente a través las intervenciones, publicaciones y participaciones de profesionales en eventos científicos, la segunda ha estado silente durante mucho tiempo, constituyendo una realidad plagada de confusiones y dificultades.

A nivel internacional, durante el siglo XX se han desarrollado diversas definiciones de la Fisioterapia, siendo las más relevantes las de la Confederación Mundial para la Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) y la propia OMS. Así, en la asamblea del 18 de mayo de 1967, los países asociados a la Confederación Mundial para la Fisioterapia definieron la fisioterapia en su vertiente sustancial o interna, como el arte y ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico. En su vertiente relacional o externa la Fisioterapia fue considerada como uno de los pilares básicos de la terapéutica de los que dispone la medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes. Estos pilares están constituidos según la definición por la farmacología, la cirugía, la psicoterapia y la fisioterapia. De estos dos aspectos se desprenden, dos concepciones distintas propias de la Fisioterapia (Rebollo, citado por Gallego, 1997), pues por una parte, se presenta como un factor de indicación o prescripción por parte de cualquier facultativo que considere los agentes físicos como la mejor medida terapéutica para curar determinada dolencia, y por otro, como la intervención metodológica, técnica e instrumental de un especialista, el fisioterapeuta, quien deberá realizarla, según su arte y saber al paciente, familia y/o comunidad. Además, para otros autores, esta definición introduce la visión de la Fisioterapia como arte y como ciencia, superando la visión reduccionista ligada a aplicación de un conjunto de técnicas (Ferri, Antón y Avendaño, 1997).

Un año después, la OMS establece en 1968 la definición de la Fisioterapia como el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, considera la definición que la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación de la inervación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución (Viel, 2004).

Esta definición aporta una mayor especificidad en los agentes físicos utilizados, a la vez que prioriza el papel del fisioterapeuta en el proceso de valoración y diagnóstico de fisioterapia. Sin embargo, centrar la atención en un listado de agentes no sólo limita el desarrollo de la profesión sino que de forma indirecta puede llevar a interpretar erróneamente la fisioterapia desde una perspectiva reducida a la aplicación de agentes físicos tras la valoración. Además de las definiciones emitidas desde organismos de carácter internacional, especial atención merece la definición que la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) precisa en su Reglamento de 1999, citando la conceptualización siguiente:

La Fisioterapia es el arte y la ciencia que mediante el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, a través de la aplicación tanto manual como instrumental de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.

Se retira de la definición la enumeración de agentes físicos, englobando los procesos de intervención de forma genérica y se centra la definición en las acciones y en las personas, dando un mayor énfasis a la faceta preventiva y promotora de salud. Además, esta definición incluye específicamente la cuestión del método, apuntando al proceso de razonamiento clínico y al diseño de un plan de actuación fisioterapéutica previo a la intervención. Explicitar estas cuestiones en la definición de la fisioterapia es de gran relevancia para el tema que nos ocupa, pues pone de manifiesto en la conceptualización pilares de la fisioterapia,

que además son comunes con el perfil profesional requerido en el modelo de Atención Primaria de Salud. La amplitud de la definición de la AEF incluye las tendencias que inciden en el movimiento y la función como elementos intrínsecos de la fisioterapia. Las consideraciones sobre la Fisioterapia que se realiza en la 14ª Reunión de la WCPT celebrada en Yokohama (1999) iluminan especialmente este aspecto, citando (WCPT, 1999):

La Fisioterapia proporciona servicios a las personas y poblaciones con el fin de desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el ciclo de la vida. La Fisioterapia incluye la provisión de servicios en circunstancias donde el movimiento y la función son amenazadas por el proceso de envejecimiento, por lesión o por enfermedad. Movimiento completo y funcional está en el corazón de lo que significa ser saludable.

En este sentido, hace especial referencia a la intervención de la fisioterapia no sólo nivel individual, sino que en los planos familiar y comunitario, y a lo largo del ciclo vital de la persona. La conceptualización enfatiza a continuación la consideración de que la intervención de Fisioterapia sólo existe en la medida en que el profesional fisioterapeuta interviene (WCPT, 1999):

La Fisioterapia se preocupa por identificar y maximizar el potencial de movimiento, dentro de las esferas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La Fisioterapia implica la interacción entre el fisioterapeuta, pacientes o clientes, familias y cuidadores, en un proceso de evaluar el movimiento potencial y estableciendo las metas y objetivos convenidos usando conocimientos y habilidades únicas de los fisioterapeutas.

El análisis de las diferentes definiciones indica, por un lado, la unanimidad de criterio al definir la Fisioterapia como la intervención que interviene con medios y agentes físicos, lo que se desprende de la propia etimología del término (Physis: naturaleza, Therapie: curación); y por otro, una integración conceptual de cada uno de los elementos que conforman el marco teórico de la disciplina: la salud, la persona y la familia, los agentes físicos, el medio y el proceso de atención fisioterápica. Además, manifiesta la consideración de que la intervención de

fisioterapia no es una intervención a la patología, ni una profesión ligada únicamente al ámbito especializado, quebrando con ello algunas de las consideraciones que limitan su desarrollo y obvian un desarrollo profesional autónomo al margen del propio sistema público. Sin duda influenciado por un proceso histórico con condicionantes derivados de la legislación sanitaria y educativa, algunas voces han ubicado equivocadamente a la fisioterapia como un conjunto de intervenciones relacionadas con afectaciones y disfunciones determinadas. Esta perspectiva pone en riesgo la consideración esencial de que es la particular visión del profesional la que le otorga el valor al proceso de diseño y a la implementación de la intervención. Elementos clave en relación al cuerpo disciplinar de la fisioterapia se considera el movimiento, la persona y la especial interacción establecida entre profesionales, individuos, familias y comunidad.

Otros aspectos apuntados generalmente en relación a la fisioterapia hacen referencia a la autonomía profesional y a la aplicación del diagnóstico fisioterápico, los cuales han llevado a la fisioterapia a desarrollarse en caminos diferentes llegando incluso en algunos países a ubicarse una posición de contacto directo o primer contacto con las personas, sin la obligatoriedad de una prescripción facultativa (Zalpour, 2007). En referencia a las cuestiones competenciales, varios documentos de organizaciones internacionales recogen las competencias específicas de la fisioterapia. Entre los más recientes destaca el *European Physiotherapy Benchmark Statement*, elaborado por la Región Europea de la Confederación Mundial para la Fisioterapia, cuya versión definitiva fue aprobada en Barcelona en 2003. A nivel nacional, además de las competencias específicas recogidas en diversos documentos elaborados por los colegios profesionales o los propios estatutos del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (RD 1001/2002, de 27 de septiembre), cabe destacar el papel del libro blanco del Título de Grado en Fisioterapia editado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2004), en la explicitación de competencias específicas y genrales en relación a la formación de profesionales fisioterapeutas.

3.2 LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las conclusiones del informe de la Confederación Mundial para la Fisioterapia (WCPT, 2003), respecto a la fisioterapia en Atención Primaria destaca, entre otros, que el número de personas con discapacidad está aumentando y sólo una minoría recibe servicios de fisioterapia accesibles y apropiados. Además, la provisión de fisioterapia según el informe es insuficiente para las necesidades de la mayoría de los países, por lo que se hace necesario una orientación más fuerte hacia la fisioterapia en Atención Primaria, equilibrado con el actual énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este informe pone en evidencia que el poco interés en el desarrollo de la fisioterapia en Atención Primaria no parece una situación exclusiva del caso español, sino que se enmarca en una tradición internacional que ubica a los profesionales de la fisioterapia alejados de este nivel de atención.

Aunque a nivel internacional hoy se asume que la fisioterapia está bien posicionada para disponer de un rol mayor en la Atención Primaria (CPA, 2005; CPTA/APA/CPA, 2006), la fisioterapia ha sido históricamente considerada como un servicio poco prioritario en la planificación de los servicios de salud. Ello se ha debido según la literatura a factores como la poca consideración del potencial de las personas con discapacidad, de políticas y prácticas discriminatorias, la ausencia de urgencia, la atención a personas con enfermedades que no poseen riesgo para otros. Por ello, el acceso a la fisioterapia continúa siendo un problema para parte de la población (Coleridge, 1993; Leavitt, 1995). Para Gallego y Francisco (1995) las necesidades de tratamiento fisioterapéutico en el primer nivel de atención están fuera de toda duda, y consecuentemente, la evidencia de la necesidad de la incorporación del profesional de Fisioterapia en la Atención Primaria, aunque diferentes informes siguen llamando la atención sobre un nivel de desarrollo todavía insuficiente (AEF, 2007).

En nuestro país, en los primeros años de la reforma sanitaria nos encontramos ante una compleja organización administrativa que dificultó sobremanera la introducción de un nuevo modelo de atención fisioterápica basado en la integración plena (orgánica y funcional) en Atención Primaria. En 1984 se había iniciado el proceso de reforma de la estructura asistencial con la aprobación del *Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud*, pero no estaba regulado el papel de la fisioterapia en el nuevo modelo. En este momento de incertidumbre, se puso en evidencia la desilusión percibida en el seno de la fisioterapia ante la publicación de una norma que regulaba la Atención Primaria en España y que no ubicaba a la fisioterapia en un lugar clave de la organización. La legislación sanitaria no tuvo en cuenta el papel de la fisioterapia en la sociedad, especialmente en su faceta preventiva, excluyendo al colectivo profesional de fisioterapeutas de los mencionados equipos de Atención Primaria.

El *Libro Blanco sobre Fisioterapia en España*, apunta en su prefacio la consideración de la fisioterapia como realidad social, donde el profesional fisioterapeuta ayuda a las personas a recuperar el dominio de sí mismos que han perdido como consecuencia de una afectación que ha causado la pérdida de conciencia de su salud. De esta forma apunta el documento, es absolutamente necesaria la presencia activa de fisioterapeutas en las estructuras básicas de la salud pública y su ausencia en los equipos de Atención Primaria supondría una notable deficiencia que, a la larga repercutiría en detrimento del mismo sistema sanitario general. Se argumenta lo ilógico de aquella ausencia en el real decreto atendiendo a que la Orden de Junio de 1982 de la formación de los fisioterapeutas ya recogía en su Anexo segundo dentro de las Áreas de la conducta, la materia de salud pública. La descripción de los contenidos de esta materia se describe en el Boe, nº133, de junio de 1982, (Anexo) como

El estudio de los aspectos sociales de la Fisioterapia, con el objeto de insertar al fisioterapeuta en un equipo de salud pública y de hacerle conocedor de las necesidades de salud de su comunidad. También se mostrarán las necesidades en el campo de la prevención (escuelas y empresas) y en el domicilio del paciente.

En 1986 se publica la Ley General de Sanidad, que respecto a la Fisioterapia hace mención explícita apuntando que es una profesión sanitaria que desarrolla sus actividades en el campo de Atención Primaria y Especializada. Aún así, y a pesar de la inexistencia de documentos oficiales que aclarasen qué papel debía jugar el colectivo de fisioterapeutas en el nivel primario, se crearon en 1987 las primeras veinticinco “Unidades de Rehabilitación” ubicadas en Atención Primaria. Estas unidades se concibieron, en un primer momento, para resolver problemas de accesibilidad a los servicios de rehabilitación del nivel especializado de toda aquella patología prevalente, considerada no compleja, que quedaba en ocasiones sin tratar por las largas listas de espera existentes y que generaba numerosos gastos de transporte sanitario. Esta consideración inicial fue modificándose lentamente al considerar a estas unidades no como un mero elemento desmasificador de los servicios especializados, sino como consecuencia lógica de un proceso integral de atención a la salud en Atención Primaria.

Aunque no se regulan las funciones de a desarrollar por el colectivo de fisioterapeutas en este modelo de atención hasta 1991, ello no fue impedimento para que ya en 1989, se iniciase por parte del INSALUD la contratación interna de Fisioterapeutas de Área, y que se convocaran diversas plazas mediante el sistema de promoción interna y traslados. Por lo tanto, en ese año se crearon las primeras plantillas orgánicas en Atención Primaria de Fisioterapeutas. En el territorio INSALUD el número de unidades de fisioterapia pasó de las veinticinco unidades en 1987 a un total de 188 en 1992 y nueve años más tarde, en 2001 el número era de 302 unidades (INSALUD, 2002).

Antes del último momento transferencial se había incrementado la plantilla de fisioterapeutas un 34% con relación 1996. Sin embargo, aunque este incremento fue considerado por la administración como una muestra de apuesta decidida por la fisioterapia en el nivel el nivel primario de salud, los fisioterapeutas era un colectivo con muy poca presencia en los equipos, como lo demuestran las cifras de recursos humanos de la época (INSALUD, 2002).

Los 393 profesionales de fisioterapia de Atención Primaria del territorio no transferido se ubicaban en un sistema que contaba en aquel momento con 9.975 profesionales de medicina de familia, 9.945 profesionales de enfermería y 1.771 profesionales de pediatría.

A finales de los años ochenta, parecía urgente sentar las bases teóricas y conceptuales de la fisioterapia en Atención Primaria, especificando las actividades y funciones de los fisioterapeutas en este nuevo modelo asistencial, incluyendo los aspectos de prevención, promoción, docencia e investigación. En base a ello, la Asociación Española de Fisioterapeutas con la elaboración de los documentos *Fisioterapia en Atención Primaria. Aportación a su desarrollo y Fisioterapia en Atención Primaria. Relación Interprofesional y diseño protocolario*, ambos de 1989, estableció las bases sobre las que se apoyó el INSALUD para reglamentar sus actividades dos años más tarde (AEF, 1989). El impulso institucional llegó mediante la definición en 1991 de las Estructuras Asistenciales de Área conocidas como Unidades de Apoyo. La normativa define unas unidades de apoyo que debían trabajar de manera protocolizada con los otros dispositivos implicados con las actividades que tenían encomendadas, estableciéndose institucionalmente los objetivos generales a alcanzar, las líneas básicas de actuación, los contenidos esenciales de la actividad y los indicadores para su evaluación y seguimiento. El marco de trabajo lo conformaba el Programa de Atención a la salud de la Mujer, la Unidad de Salud Mental, la Unidad de Fisioterapia, el Programa de Trabajo Social y el Programa de Salud Bucodental.

Paralelamente, entre 1989 y 1991 tuvieron lugar varias reuniones en la sede central del INSALUD contando con la participación de profesionales de fisioterapia, medicina de familia, enfermería y representantes de la Subdirección General de Atención Primaria (Fernández y cols, 1997). De aquellas reuniones y de los documentos previos, se emitió un borrador que sirvió de base a la Circular 4/91, que contemplaba en gran parte las aspiraciones de la fisioterapia, aunque no todas quedaron finalmente plasmadas en el papel.

La fisioterapia se integra finalmente en el nuevo modelo de Atención Primaria a través de la figura del fisioterapeuta de área de acuerdo a la *Circular de Insalud 4/91 de 25 de Febrero de 1991*, en la que se recogen las instrucciones que regulan los cometidos y funciones de estos profesionales. De esta manera, se regularon entre otros los siguientes aspectos:

- La progresiva ubicación de las Unidades de Fisioterapia en Centros de Salud se debería hacer atendiendo a los criterios de accesibilidad y ratio poblacional (1/25.000 habitantes) sectorizado.
- La actividad de los fisioterapeutas de Atención Primaria debía contemplar actuaciones de promoción, recuperación de la salud y prevención de enfermedades.
- Los equipos de Atención Primaria debían coordinarse con los Servicios Especializados de Rehabilitación, con el fin de elaborar los necesarios protocolos de actuación que asegurasen el correcto desarrollo de las actividades y la ordenación de la demanda asistencial.
- Los pacientes accederían al tratamiento fisioterápico en Centros de salud procedentes de la propia prescripción de los médicos familia o pediatras de Atención Primaria o también desde la derivación del nivel especializado. En este caso, la derivación se haría a través del médico de Atención Primaria a quien correspondiese la atención general del paciente.

La Circular 4/91, diseña unas Unidades de Fisioterapia a cuyo frente estarían profesionales fisioterapeutas, los cuales realizarían labores de apoyo al equipo en aquellas actividades preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras que requiriesen sus conocimientos especializados. El modelo de atención fisioterápica diseñado en esta circular venía a romper con el modelo hospitalcentrista vigente, que ligaba la actividad del colectivo de fisioterapeutas a los Servicios de Rehabilitación del hospital de referencia. Ello era consecuente con la nueva organización sanitaria basada en la existencia de dos niveles asistenciales, el

especializado y el primario, con una estructura propia cada uno de ellos. La circular además refrendaba la posibilidad de que los médicos de Atención Primaria pudieran derivar a la unidad de fisioterapia de Atención Primaria directamente. Se establece por ello la necesidad de una coordinación de las Unidades de Fisioterapia y los Servicios de Rehabilitación, pero partiendo de la autonomía en su funcionamiento.

Tras todo este proceso, Fernández y cols. (1997) reflejan en la literatura que el nuevo modelo ofrecía ventajas a la fisioterapia y por otro lado, la fisioterapia ofrecía sus servicios más integrales y cercanos a los ciudadanos por medio de la Atención Primaria de Salud. En este sentido citan (p. 12):

Las ventajas del nuevo modelo parecían posibilitar que la Fisioterapia pudiera “abrir la ventana del hospital”, para ubicarse acorde al momento histórico, en un nuevo nivel asistencial, más próximo al ciudadano, con una asignación de un volumen de población, con una definición y metodología de trabajo, un sistema de derivación que contemplaba la derivación directa de los médicos de Atención Primaria, la planificación de actividades preventivas, y la participación en docencia e investigación.

Sin embargo, estos autores también consideraban que, aunque las normativas suponían un paso decisivo para la atención en salud de la ciudadanía desde el nivel primario de atención, no habían llegado todo lo lejos que se deseaba desde los foros de la fisioterapia. Es decir, se dificultaba la integración del fisioterapeuta en los equipos de Atención Primaria, por un lado, al mantenerlo en el nivel de equipo de apoyo y no como un profesional de la salud del equipo básico de Atención Primaria y por otro lado, al persistir en las dificultades para que este colectivo pudieran optar y desarrollar actividades de gestión en Atención Primaria acorde con su conceptualización, sus funciones y actividades. Además de lo anterior, Fernández y cols (1997), hacían referencia a determinados “*peligros*” para la integración de la fisioterapia en la Atención Primaria. Entre ellos destacan (p. 13) “*la intención de ciertos especialistas en rehabilitación de desvirtuar el modelo, pretendiendo controlar las nuevas unidades y transformarlas en una*

atención extrahospitalaria” con el sistema de coordinación y gestión propios del hospital y vulnerando la filosofía del modelo asistencial de Atención Primaria. Otros autores (Fernández y Murillo, 1999) publican poco tiempo más tarde los efectos que confirman estos temores, analizando las negativas repercusiones de considerar las unidades de fisioterapia como una prolongación periférica de los hospitales.

El hecho de que existan diferencias substanciales entre los dos niveles asistenciales y, de igual forma, entre la Fisioterapia de Atención Primaria, caracterizada por la atención integral y continua del usuario y la Fisioterapia de Atención Especializada, que presta una atención puntual o vertical en un periodo de tiempo acotado, no supone que ambos niveles trabajen de forma aislada y hermética (Fernández et al, 1997). Muy al contrario, para asegurar a las personas una atención fisioterápica de calidad con un uso óptimo y racional de los recursos, es necesaria una adecuada definición de los criterios de ordenación de servicios a prestar por la Fisioterapia en cada nivel asistencial. Además, los autores citados reflexionaban en aquel momento sobre otros peligros dentro de la propia profesión, como la carencia de formación específica del colectivo de fisioterapeutas que iniciaron el proceso de Atención Primaria y en ocasiones la falta de hábito para tomar decisiones autónomas. Para Medina (1992), lo esencial era proporcionar pautas básicas de enfoque y elementos útiles para que el colectivo de fisioterapeutas se incorporara a la Atención Primaria desarrollando una perspectiva clínica y comunitaria. Asumir la orientación teórica de Alma Ata en la fisioterapia en Atención Primaria implica no únicamente aumentar la cobertura del servicio, sino que ello debe ir paralelo a un cambio de orientación sustancial en los modos de actuar del profesional que permita satisfacer las necesidades de las personas y racionalice la demanda. El enfoque de Atención Primaria aconseja que se ponga tanto o más acento en la educación para la salud dirigida a un autocuidado individual o familiar y hacia una comunidad responsable de su propia salud. Sin embargo los cambios han sido difíciles pues la integración inicial de la fisioterapia en el sistema sanitario, casi exclusiva en los

hospitales, ha fomentado concebir la atención fisioterápica sólo como un servicio directo fisioterapeuta/paciente ofrecido en un marco sanitario, sin plantearse la resolución de problemas en el ambiente propio de la persona (Medina, 1993). Por este motivo Medina y Narbona (1993) consideraban ya, en los primeros años de incorporación, la necesidad de incluir la formación comunitaria en el currículo universitario de fisioterapia, no sólo en la teoría sino con una implicación práctica en la comunidad que permitiera dirigir al alumnado hacia las nuevas metas de los sistemas de salud. Pese a las normativas para favorecer la integración, para Medina (1997), no es posible cambiar las inercias a menos que los actores principales identifiquen la situación inicial y la consideren insatisfactoria. La incorporación de la Fisioterapia en Atención Primaria no es una condición que haya garantizado su integración en el Modelo de Equipos de Atención Primaria. Se ha de convencer a tres grupos clave: los gestores sanitarios, los profesionales sanitarios y los usuarios, de que la integración es necesaria, posible y beneficiosa. A este respecto, cita (p. 2) *“No se hizo tal identificación a pesar de que la Fisioterapia era algo nuevo para los equipos y los gestores de Atención Primaria y de que la Atención Primaria era nuevo para los fisioterapeutas”*. Entre estas inercias, destaca:

- La tendencia de los gestores a considerar a la fisioterapia como una terapia accesoria o suplementaria, más que un recurso básico.
- La perspectiva de los profesionales de Atención Primaria: entre ellos, los facultativos de los equipos de Atención Primaria, que no reconocen la necesidad o pertinencia de la Fisioterapia como primera opción o terapia simultánea a la farmacología.
- La actitud de los propios fisioterapeutas que consideran que su labor es únicamente asistencial, indiferentes en muchos casos a las tareas no asistenciales.
- El desconocimiento por parte de los usuarios del derecho a la atención de fisioterapia para la prevención y el tratamiento.

En el proceso histórico, un paso importante en el asentamiento de la Fisioterapia dentro del nivel primario de atención lo constituyó la inclusión de los denominados Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos en la Cartera de Servicios del INSALUD, elaborada en 1990, y la publicación de las Normas Técnicas Mínimas para su evaluación en 1993. Sin embargo, poco se aclara sobre el contenido de estos tratamientos “básicos” y la población a la que se prestarían. En la Cartera de Servicios del 2002 poco más se especifica sobre estos tratamientos de fisioterapia. Se citan los “Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos”, de manera general y sin citar ninguna asignación a programas específicos. El propio documento describe estos Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos con escuetas indicaciones para la implementación de la historia de fisioterapia y unas recomendaciones respecto a afectaciones como la cervicalgia, la lumbalgia y la gonartrosis. Recientemente, el Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud define un poco más las características de los servicios de fisioterapia en el primer nivel de atención en cuanto a la prevención, tratamiento y orientación o formación a los usuarios del servicio. En cualquier caso, las instrucciones básicas que regulan los cometidos y funciones de los fisioterapeutas, ya aparecen de forma general en la Circular del Insalud 4/91 de 25 de febrero que cita:

La actividad de los fisioterapeutas de Atención Primaria contempla actuaciones de promoción, recuperación de la salud y prevención de enfermedades, por lo que en la organización de su trabajo deberán contemplarse estos bloques de actividades, asignándoles su correspondiente distribución horaria. Como orientación se estima correcto que, al menos el 70% de su tiempo semanal realice su actividad en las salas de fisioterapia y el 30% restante se distribuya en actividades domiciliarias, de promoción de la salud, de formación y de investigación.

El colectivo de fisioterapeutas, como miembros de los equipos de Atención Primaria, ha de desarrollar un trabajo de forma coordinada con los distintos profesionales y programado para conseguir los objetivos marcados (Fernández et al., 1997). Esta actividad en equipo ha de contemplar a la persona en todas sus dimensiones y facilitando las condiciones para llevar a cabo las actividades

asistenciales, docentes de investigación y gestión. En cuanto a la interacción entre la Atención Primaria con otros miembros de los equipos de salud y de Atención Especializada, cabe destacar los circuitos por los que las personas son derivadas al servicio de Fisioterapia.

En este sentido, existen importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas, incluso dentro de cada una de ellas (Sanz, 2004). De esta manera, las personas pueden recibir intervención de Fisioterapia en las unidades directamente derivadas desde el colectivo de medicina de familia o pediatría, pero también derivados por especialistas en Medicina Física y Rehabilitación (y en ocasiones por otros especialistas también) o incluso enfermería (para la atención domiciliaria). El porcentaje de acceso por una y otra vía es enormemente divergente entre diferentes regiones y representa una mayor o menor adecuación con las características definitorias del modelo de Atención Primaria. Para Pérez y cols. (1997) la limitada derivación directa desde el médico de familia a la unidad de Fisioterapia puede deberse con el desconocimiento de esta vía y de las funciones del colectivo de fisioterapeutas en Atención Primaria, pudiendo aumentar considerablemente la derivación directa a fisioterapia tras actividades formativas que mejoren el conocimiento mutuo. En cualquier caso, la derivación directa parece verse incrementada por la existencia de protocolos que faciliten la gestión de los procesos (Pérez, 1998). La derivación directa por tanto, no sólo es más coherente con el modelo de Atención Primaria sino que además es menos costosa (Medina et al., 2002).

En cuanto a las funciones de investigación en Atención Primaria o la docencia, la literatura apunta que estas vertientes están poco desarrolladas desde las unidades de fisioterapia, considerando diversas influencias como cuestiones de formación, de disponibilidad horaria, de integración en los equipos o de consideración de las propias unidades únicamente como centros de atención directa (Lomas et al. 2002, Escobar et al, 2002). Sin embargo, la Circular del Insalud 4/91 de 25 de febrero especifica en sus apartados 10.10 y 10.11 las funciones docentes e investigadoras

del colectivo de fisioterapeutas en Atención Primaria, así como el papel de la administración en facilitar en la medida de lo posible la participación de este colectivo en la formación continuada y en la asistencia a actividades científicas. En cuanto a la gestión, la literatura recoge que en algunas regiones existen fisioterapeutas de Atención Primaria cumpliendo funciones representativas de su colectivo, de transmisión de información y asesoramiento técnico a las Direcciones y Gerencias, aunque es infrecuente que esta figura esté nombrada y tenga estipuladas responsabilidades, funciones, tiempos de dedicación (Sanz, 2004). Para la autora, ello repercute necesariamente en el colectivo, ya que a nivel organizativo dependen de la buena voluntad de las gerencias para implementar mecanismos de gestión en fisioterapia que permitan el conocer a fondo el proceso de atención fisioterápica en Atención Primaria y que además promuevan cambios en la organización y en la práctica cotidiana.

Para Lomas y cols (2002) repensar y analizar de que manera la fisioterapia se está desarrollando en la práctica de Atención Primaria ha de ser un trabajo continuo, comparando la realidad con lo que exigen las diversas normativas, el contexto y las necesidades de la población. En palabras de Abril (2006, p. 5), en cuanto a la fisioterapia en Atención Primaria *“es necesario perseverar en la defensa de los intereses de nuestros pacientes y en la mejora continua de la calidad de la atención que prestamos.”* De cara al futuro, la cita de Sanz (2004, p. 40) en las VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria resume las inquietudes sobre la relación de la fisioterapia con los servicios de salud, solicitando también una participación más activa del colectivo de fisioterapeutas para construir su futuro:

Los fisioterapeutas tenemos que participar activamente en todos los grupos de trabajo que se propongan en las gerencias y servicios centrales, en los planes de calidad, e incluso plantear proyectos propios que aseguren los cimientos de nuestra profesión en el primer nivel asistencial, en cada uno de los Servicios de Salud, para garantizar el derecho a la protección de la salud en condiciones de equidad y de calidad.

A nivel estatal existe una gran diversidad en la oferta de servicios de fisioterapia en el primer nivel de atención, muestra del diferente grado de priorización en las distintas comunidades. El documento editado por el Instituto de Información Sanitaria sobre la Atención Fisioterapéutica muestra un panorama donde la variabilidad incluye no sólo el ratio de población asignada por fisioterapeuta sino también las funciones que éstos desarrollan dentro y fuera del centro de salud y el sistema de organización, financiación y provisión de este servicio (MSC, 2006).

La variabilidad de los servicios ofrecidos en el territorio español es una de las cuestiones que emana en el documento de análisis de situación de la Atención Primaria (MSC, 2006). En este sentido, el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, establece una cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud más detallado que en las carteras previas, poniendo de manifiesto que los servicios de fisioterapia que han de estar disponibles para toda la población independientemente de la comunidad donde residen. Otros documentos recientes (MSC, 2007) apuntan a la necesidad de optimizar periódicamente la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población, por lo cual parece que en relación a la fisioterapia queda todavía un camino por recorrer.

En el caso de Mallorca, desde la reforma de la Atención Primaria hasta el año 1995 se incorporaron a la Atención Primaria de Mallorca 10 fisioterapeutas en seis unidades de fisioterapia. Los datos del año 2007 (Fuente: Gerencia de Atención Primaria) ponen de manifiesto que el número total es de 22 fisioterapeutas en plantilla. Las unidades de fisioterapia se hayan distribuidas en catorce centros, cinco de los cuales se sitúan en barrios de Palma de Mallorca con un total de 9 fisioterapeutas y las nueve unidades restantes en otros pueblos de la isla, donde intervienen 13 fisioterapeutas.

En la tabla siguiente se recoge la distribución, enumerando en primer lugar los cinco centros de la ciudad Palma y consecutivamente los centros ubicados en otros municipios.

Centro de salud	Número de Fisioterapeutas
1. Santa Catalina	2
2. Camp Redó	2
3. Casa del Mar	1
4. Arquitecte Bennàssar	2
5. Emili Darder	2
6. Felanitx	1
7. Calviá	2
8. Inca	2
9. Manacor	2
10. Calviá	1
11. Sa Pobla	2
12. Muntanya (Marratxi)	1
13. Artá	1
14. Capdepera	1

Tabla.5. Número de Fisioterapeutas y unidades en Atención Primaria en Mallorca.
Fuente: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2007

En cuanto a la derivación a fisioterapia, ésta se realiza tanto desde el colectivo de medicina de familia como desde otros colectivos del ámbito especializado, fundamentalmente de medicina física y rehabilitación, pero también desde otros especialistas como de traumatología. En cuanto a los indicadores de actividad referidas Unidades de Fisioterapia en el año 2006 (Memoria 2006), los datos reflejan que se han atendido en las unidades propias de Atención Primaria más de 18.000 personas, un dato que aumentaría sensiblemente si se contabilizasen también las personas que desde determinados centros de salud son enviadas a los servicios de fisioterapia de los hospitales ante la insuficiente cobertura de fisioterapia en Atención Primaria. En las últimas memorias de la Gerencia, incluida la del año 2006 (GAP, 2006), se incluye específicamente las actividades de Fisioterapia agrupadas en cuatro apartados diferenciados: Cinesiterapia, mecanoterapia, electroterapia y otros.

La disposición de estos indicadores revela el enfoque que desde la propia administración se le asigna a la fisioterapia en Atención Primaria, donde se prioriza la técnica o el agente físico utilizado. Ello contrasta con la ausencia de mención de otras intervenciones que recoge la Circular 4/91 sobre la fisioterapia en Atención Primaria como actividades preventivas y comunitarias, investigación o gestión. En cualquier caso, los datos evidencian que las intervenciones mayoritarias en las unidades de Atención Primaria son aquellas que no requieren una intervención directa, prolongada e individualizada por parte del colectivo de fisioterapeutas, prevaleciendo numéricamente las actividades de electroterapia o mecanoterapia. Las actividades descritas hacen referencia a la intervención en sala y no se refieren iniciativas de intervención comunitaria o domiciliaria.

CAPÍTULO 4. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

La denominación de atención domiciliaria se utiliza para caracterizar desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria y tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados y atención de profesionales de la salud o sociales. Las personas que permanecen en el domicilio pueden disponer de diferentes sistemas de apoyo. Así, el más cercano está constituido por la familia y otras redes de apoyo informal. Desde los Servicios Sociales se pueden desarrollar entre otras actividades, la atención de supervisión de la personas mayores que viven solas, servicios de apoyo doméstico o adaptaciones en las viviendas para ancianos o personas con discapacidad (Martín, 2001), cuyo nivel de descentralización se ubica a nivel de los ayuntamientos (Rodríguez y Valdivieso, 2003). También en este punto cabe destacar la actuación de entidades benéficas, ONG y Asociaciones con larga tradición en atender a las necesidades de las personas confinadas en su domicilio.

La atención domiciliaria sanitaria no es una invención actual, ya que ha sido un pilar sanitario a través de los tiempos. Sin embargo, integrar la atención domiciliaria en el modelo de Atención Primaria implica dotar a ésta de los elementos que son producto del cambio en el paradigma filosófico surgido en la Atención Primaria: la promoción de la salud, la educación, la familia como pilar básico en el proceso salud-enfermedad o la accesibilidad, entre otros. De esta forma, la atención en el domicilio pasa a ser una de las funciones básicas de los miembros del equipo de Atención Primaria, pues la realización práctica de la continuidad en la asistencia no es posible sin contemplar el ámbito domiciliario. En este sentido, para Contel, Gené y Limón (1999) las necesidades en salud incitan a que la atención domiciliaria se ha de convertir en uno de los aspectos más importante de su cartera de servicios ya que el paciente encamado en su domicilio crea una situación de estrés y distorsión de la dinámica familiar, que el equipo sanitario debe ayudar a sobrellevar, cuidando al cuidador, ofreciendo soporte y orientando sobre los recursos sociales existentes.

La atención domiciliaria (ATDOM) es considerada un servicio regulado y desarrollado desde la Atención Primaria en todo el territorio del estado. A diferencia de la hospitalización a domicilio que implica una atención transversal, en un momento dado de la vida y que requiere para su asistencia el desplazamiento de recursos hospitalarios al domicilio, la atención desarrollada desde el nivel primario deriva del propio enfoque de este nivel de atención. Según el Real Decreto 1030/2006, en la intervención sanitaria en Atención Primaria es definida como una intervención que *“comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria”* (Anexo 2 del Real Decreto, punto 1). Esta intervención puede realizarse en tanto en la consulta como en el domicilio de la persona y en ambos casos es clasificada como atención programada, cuando es realizada por iniciativa de un profesional sanitario, a demanda, cuando es realizada por iniciativa de la persona que requiere el servicio y atención urgente cuando se ha de realizar por motivos no demorables.

En estas dos últimas modalidades, la atención domiciliaria es el medio por el cual los recursos sanitarios se desplazan momentáneamente al domicilio de la persona para resolver un problema de salud puntual, cuya gravedad le incapacita transitoriamente a acudir a un centro sanitario para recibir atención. Sin embargo, la atención programada suele conllevar la realización de visitas continuadas en el tiempo, con mayor o menor frecuencia y de una forma planificada con anterioridad³. Para ello se precisa conocer los problemas de salud y considerar las dificultades para realizar este tipo de atención en el centro de salud.

³ En adelante, a no ser que se especifique el tipo de visita, los términos de “atención domiciliaria” o “visita domiciliaria” se usarán en referencia a la atención programada.

La atención domiciliaria, considerada de esta manera, está dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en el domicilio de carácter temporal o permanente, entendiendo que la complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, generalmente se incluye también a aquellas personas que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de este servicio puede requerir desplazamientos de los profesionales al domicilio de las personas para valorar el entorno físico o las relaciones familiares.

La atención domiciliaria forma una parte esencial de las funciones de los equipos de Atención Primaria (Marín, 2003). Sin embargo, también puede desarrollarse atención domiciliaria desde los Equipos de Soporte a Domicilio (ESAD). Su composición y funcionamiento está regulado desde 1999 y supone la participación al menos de profesionales de medicina, enfermería y personal auxiliar, teniendo como objetivo servir de apoyo a la atención domiciliaria de personas con procesos terminales o con limitación funcional e inmovilizados complejos (INSALUD, 1999). El funcionamiento de estos equipos precisa de una estrecha coordinación con los profesionales del centro de salud.

Los principales estudios que comparan la situación en el ámbito internacional ponen de manifiesto dos grupos de países respecto al nivel de desarrollo de la atención domiciliaria desde los servicios sanitarios (Lesemann, 1993; Hutten, 1996; Overetveit, 1993; Hutten, 1999; Adalvert, 1993). De una parte Dinamarca, Suecia, Holanda, Irlanda, Finlandia, Bélgica y Reino Unido disponen de sistemas bastante bien desarrollados. De otra parte, países como Austria, Grecia, Italia, Portugal y España se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo. Los criterios en los que se basa esta división tienen que ver con diferencias en los usuarios (edad y situación de salud), características de la provisión de servicio y profesionales.

En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos interdisciplinarios que trabajan en centros de Atención Primaria, como en el caso español, la atención domiciliaria se provee como parte de un conjunto de actividades integradas por los mismos profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y/o familias, garantizando así la continuidad asistencial sin que ésta se vea afectada por el grado de dependencia.

Aquellos países con un sistema de Atención Primaria basado en las prácticas profesionales interdependientes han desarrollado otras estructuras específicas para la atención domiciliaria, por ejemplo Dinamarca y Holanda (Lesemann, 1993; Overetveit, 1993). Al margen del modelo, todos los países con sistema de atención domiciliaria bien desarrollada coinciden en las siguientes tendencias (Contel et al., 1999): aumentar el nivel de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, el desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales y el aumento de participación de otros profesionales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o podólogos, entre otros.

En nuestro contexto, como hemos visto, la atención domiciliaria se encuentra entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria y es ofertado por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. El modo en que se organiza la visita domiciliaria puede estar recogido en los programas y protocolos de cada área de salud (Julián et al, 2002). La actuación de estos equipos y sus respectivos profesionales, se muestra indispensable para una correcta valoración de la eficacia de dichas intervenciones. En cualquier caso, entre los objetivos de la visita domiciliaria se encuentran: mejorar el estado de salud de la persona, proporcionar independencia e integración con el entorno y servir de apoyo a la persona y a la familia. Por ello, frente a otros tipos de asistencia, la atención en el domicilio puede suponer varias ventajas: para la persona, la intervención en su entorno; para el sistema, atención más eficaz y humana y se reducen los ingresos y estancias hospitalarias; y para el profesional permite una interacción que no es posible en el

centro de salud. Por ello, no ha de considerarse que la atención domiciliaria sólo está dirigida a las personas mayores. Otras personas, con alto nivel de incapacidad por deterioros crónicos de su estado de salud o por enfermedades debilitantes de evolución rápida, independientemente de la edad, también son susceptibles de ser atendidos en el domicilio. Así mismo, otros estudios inciden en el valor de realizar visitas de screening en poblaciones con factores de riesgo conocidos, apuntando con ello los resultados, tanto de tipo físico como psicológico, prevención de caídas y mortalidad (van Haastregt et al., 2000; Tinetti et al., 1994).

En el entorno europeo, respecto a las personas atendidas en el domicilio (Jamieson, 1991; Lesemann, 1993; Hutten, 1996; Adalvert, 1993), las personas mayores son las principales beneficiarias, aunque los cambios en los patrones epidemiológicos y las posibilidades de transferir tecnología domicilio apuntan a nuevos perfiles de usuario. La oferta de servicios va dirigida en general a tres grandes grupos de población: atención continuada a personas en situación terminal, personas por un período breve tras una hospitalización y personas con una larga duración de la atención como consecuencia de procesos crónicos invalidantes (Jamieson, 1991).

En nuestro país, los problemas de salud de las personas ubicadas en el domicilio más comúnmente reseñados en la literatura son los problemas de movilidad (Iturria, 1997; Abarca, 1991; Vázquez, 1995), la afectación músculo-esquelética (Álamo, 1999), las úlceras por presión (Segura, 1997) y los problemas genitourinarios (Ramírez, 1997; Iturria, 1997; García, 1997; Segura, 1997; Abarca, 1991, Pedreny, 1986, Segura 2004). En un apartado más heterogéneo de problemas se hallan otros como la alteración de la percepción sensorial (García, 1997), alteración del estado mental (Iturria, 1997), alteración de la nutrición (Abarca, 1997) o falta de higiene (Torres, 1996). Generalmente las personas atendidas en su domicilio según los estudios habían sido diagnosticadas en relación a afectaciones del sistema cardiovascular (Cruz 1991; Ramírez, 1997; Granollers, 1999; Segura, 1994; García, 1997, Farrero, 1998; Gallego 1995;

Hernando, 1992; Torres, 1996; Segura, 1997; Roca, 2000, Segura 2004). También diagnósticos relacionados con problemas osteoarticulares (Ramírez, 1997; Granollers, 1999; Bilbao, 1994; Segura, 1994; Palomo, 1998; Segura, 1997; Farrero, 1998; Gallego, 1995; Güell, 1998; Hernando, 1992; Roca, 2000; Torres, 1996; Segura 2004), problemas neurológicos (Granollers, 1999; Palomo, 1998; Segura 1994, García 1997; Segura 1997; Roca, 2000; Vázquez, 1995; Cuñado, 1999), patologías respiratorias (Granollers, 1999; Segura, 1997; Ferrero, 1998; Güell, 1998; Roca, 2000) y metabólicas (Ramírez, 1997; Granollers, 1999; Bilbao, 1994; Segura 1997). Particularmente algunos trabajos inciden en la presencia de la incapacidad física (García, 1997; López 1999), la inmovilidad (Vázquez, 1995, Jódar, 2005) y la dificultad para la deambulaci3n (Segura 1994, Hernando, 1992) de las personas que reciben atenci3n domiciliaria.

La atenci3n domiciliaria ha experimentado un incremento importante durante la pasada d3cada, incrementando el n3mero de visitas domiciliarias y la cobertura de la poblaci3n. Sin embargo, a pesar de importancia te3rica de este tipo de intervenci3n, la literatura recoge la falta de evidencia sus resultados en relaci3n a los colectivos profesionales que intervienen. La revisi3n sistemática realizada por Fuentelsaz y cols. (2002) sobre los trabajos publicados entre 1994 y 2000 de intervenciones enfermeras concluye que no existe evidencia disponible sobre la visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 ańos que han sido dadas de alta en un hospital del sistema nacional de salud espańol. Estos resultados, comunes a revisiones realizadas sobre otros países (Elkan, 2001; Van Haastregt, 2000) parece deberse a que en la literatura encontramos publicaciones de estudios descriptivos centrados en las características de la poblaci3n atendida en el domicilio (Ichazo, 2004) o con experiencias en la implantaci3n de programas, pero son menos frecuentes los que hacen referencia a los resultados de la intervenci3n en contextos comparables. Por otro lado, no parece sencillo aislar y comparar resultados de una intervenci3n multidimensional y contextualizada.

Sin embargo, menor número de trabajos se he encontrado que exploren las opiniones del colectivo profesional de Atención Primaria sobre su actividad en el domicilio o sus perspectivas sobre nuevas estrategias de gestión que establecen servicios o unidades específicas para la atención domiciliaria. Prieto et al (2001) apuntan en su estudio las diferentes perspectivas del colectivo de enfermería respecto a la atención domiciliaria y la opinión de este colectivo sobre las personas requieren sus visitas y las familias. Señalan en este sentido la diferente satisfacción del colectivo profesional con esta actividad, donde el grupo más satisfecho representa un porcentaje reducido en la muestra total. Sancho y cols. (2002) analizan en su trabajo la situación y las propuestas de mejora de la enfermería en Atención Primaria en Mallorca. En relación a la atención domiciliaria, los resultados de su estudio ponen de manifiesto la percepción de diferentes sensibilidades y satisfacción respecto a la atención domiciliaria. Hacen referencia a la soledad e impotencia manifestada por el colectivo entrevistado ante la limitación de recursos sociosanitarios, de infraestructura y de recursos humanos.

En otro estudio publicado el mismo año, Frías y cols. (2002) analizan la práctica enfermera en el domicilio mediante un cuestionario a trescientos cuarenta y ocho profesionales de enfermería, concluyendo entre otros aspectos, que la mayoría del colectivo entrevistado considera que actividad domiciliaria tendría que ir dirigida específicamente a las personas con problemas para desplazarse al centro de salud, apuntando al disconfort manifestado por el colectivo enfermero cuando se desplazan a domicilios que no consideran necesarios. En cuanto a las actividades en el entorno domiciliario, refirieron actividades basadas en un componente técnico, poco protocolizadas y sólo en menor medida aparecían reflejadas actividades de educación para la salud e intervención psicosocial.

De manera similar, el estudio del grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (2003) con profesionales de Atención Primaria, resalta el mayor desarrollo de esta actividad por parte del grupo de enfermería. Este colectivo profesional dedica el doble de horas a la semana (5,09h) que el de

medicina de familia (2,85h) o trabajo social (2,65h) para la atención a domicilio en el ámbito estudiado. En general, el colectivo de profesionales de Atención Primaria destacan entre las dificultades para realizar este tipo de intervención, la presión asistencial, el tiempo insuficiente, recursos sociales insuficientes y falta de coordinación con otros niveles. Segura (2005) en un trabajo con un total de ciento treinta y cuatro personas que reciben atención domiciliaria, incide en la necesidad de profundizar en el estudio de la relación entre la satisfacción de los profesionales de la salud que realizan atención domiciliaria y la naturaleza de esta actividad, para conocer mejor las actividades que aportan más significado a la vida de las personas atendidas. En el entorno español también el colectivo de fisioterapeutas de los equipos de salud de Atención Primaria empieza a comunicar las características y resultados de sus intervenciones en encuentros como las Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria, que han sido testigos del incremento en los últimos años en el número de trabajos que hacen referencia a la intervención de fisioterapia en el domicilio (Martínez et al, 2006).

Otras publicaciones muestran perspectivas de profesionales implicados en el equipo de apoyo a la atención domiciliaria obtenidas mediante grupos focales y entrevistas en profundidad. En los resultados del estudio de Pascual y cols. (1999) cabe resaltar la manera en que el equipo valora la actividad domiciliaria como una actividad centrada principalmente en el componente técnico, con referencias en menor medida al componente relacional. Por otro lado, la consideran como una intervención exclusiva para aquellas personas sin capacidad de deambulación, manifestando el colectivo entrevistado que en ocasiones están prestando un “servicio de lujo” no justificado por lo que debería delimitarse mejor. Se advierte en este estudio la sensación referida por el colectivo entrevistado de hiperdemanda, de cierta sensación de desprotección y soledad. Al igual que en casos anteriores, hay pocas referencias a las actividades de promoción y prevención, existiendo un sentimiento de impotencia ante la problemática social.

Para De la Revilla y cols. (2003) la atención domiciliaria puede analizarse desde varias perspectivas. Desde la propia Atención Primaria frecuentemente la atención domiciliaria se entiende como una demanda más, con la diferencia de que el entorno asistencial es el domicilio de la persona. Por ello, esta intervención puede percibirse por el equipo de salud como “una carga de trabajo molesta e indispensable”. Por ello, para los autores la atención domiciliaria ha de entenderse desde la perspectiva de un cambio de estrategia de los servicios de salud. En este sentido se ha de buscar la potenciación del escenario tradicional de la atención domiciliaria, con la incorporación de recursos económicos, materiales, y de personal, evitando crear otros niveles asistenciales que pueden generar problemas en ese nuevo espacio entre profesionales, servicios del hospital y Atención Primaria.

En este sentido, se refieren los autores (De la Revilla y cols., 2003) al papel de la Atención Primaria con la familia y la comunidad, para recordarnos que este nivel es el mejor preparado para asumir este papel. Desde esta perspectiva las medidas han de ir a reforzar este nivel y no tanto a crear niveles intermedios centrados en la enfermedad que no pueden dar respuesta de forma longitudinal, integral e integrada. La nueva estrategia ha de centrarse en la atención familiar, puesto que una persona con enfermedad crónica en la familia va a repercutir en todo el funcionamiento familiar y al tiempo también la familia podrá influir en el desarrollo o implicaciones de la enfermedad a la persona que la padece.

Sin embargo aunque los autores hacen referencia al papel fundamental de todos los grupos profesionales en la Atención Primaria, consideran que particularmente los colectivos de medicina de familia y enfermería pueden dar respuesta a los problemas biomédicos y familiares en su doble vertiente: la repercusión que en la evaluación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento tiene la familia y los problemas que origina la enfermedad crónica en la organización y función familiar. Para otros autores (Prieto et al., 1999; Benítez, 2003) la atención domiciliaria ha de pivotar particularmente en la enfermería, apuntando algunos

autores (March, 2004) que la clave en la atención domiciliaria la representa la figura de la enfermera de enlace. Desde estas perspectivas, se considera a los Equipos de Atención Primaria como la piedra angular en la atención domiciliaria, evitando el desarrollo de vías paralelas que desde el poder del hospital fomenten un modelo lejano a las necesidades sociosanitarias actuales. Esto conllevaría un apoyo decidido a una atención domiciliaria como prestación clave de la Atención Primaria de salud que debería convertirse en una alternativa real a la hospitalización, evitando además el elevado coste de las hospitalizaciones inadecuadas (Tamborero, 2003).

Según el Documento de Consenso sobre las Propuestas de Mejora para de los Equipos de Atención Primaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001), respecto a la atención domiciliaria, consideran que es inevitable un mayor desarrollo en los próximos años por las cuestiones sociodemográficas. De esta manera, resaltan que la atención domiciliaria ha de considerarse cada vez más como *la atención integral* en el domicilio de la persona, frente a otras alternativas de institucionalización. Para ello, el grupo sugiere la revisión de los planes de actuación domiciliaria promoviendo canales activos y fluidos de coordinación con los servicios sociales y de fomento y apoyo al cuidador domiciliario. Recientemente, el marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012, apunta en su Estrategia 26 la necesidad de “*Potenciar las actividades de atención domiciliaria y la implicación de los profesionales en la atención a las personas con problemas de dependencia*” (MSC, 2007, p. 54).

4.1 LA FISIOTERAPIA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO

Como hemos visto, la fisioterapia ocupa un lugar en los servicios que son ofrecidos a la comunidad desde la Atención Primaria de Salud. En este apartado se incluyen los resultados de la revisión de la literatura referente a la intervención de fisioterapia en el domicilio.

Una de las grandes dificultades para localizar y analizar los resultados de la intervención de fisioterapia en el domicilio se encuentra en la poca especificidad o ambigüedad con que muchos estudios hacen referencia a la intervención de fisioterapia. En este sentido es común que algunos autores utilicen erróneamente el término “rehabilitación” como sinónimo de “fisioterapia”, cuando en realidad aquella implica una acción integrada en la que pueden intervenir distintos colectivos profesionales. A su vez, como se ha comentado previamente, la fisioterapia puede intervenir en otros escenarios preventivos o curativos y no en un proceso rehabilitador (Fernández et al, 2000).

Un punto de interés clave, tanto en los estudios que citan la fisioterapia o la rehabilitación en el domicilio, es la cuestión de la relación coste–beneficio. En este sentido, los resultados son diversos según las características de las personas estudiadas, la patología que presentan o la distancia entre el domicilio y la institución sanitaria (Young et al. 1993; Beech et al., 1999; Anderson et al, 2002). La discrepancia en los resultados entre los diversos autores queda evidenciada en la revisión de Ward y cols. (2005). Cabe destacar, que la terminología utilizada en esta revisión como “atención domiciliaria” hace referencia a la rehabilitación en hogares de cuidado, hogares de atención en residencias y centros de cuidado, mientras que utilizan la terminología “rehabilitación en el hogar” cuando se realiza en el domicilio de la persona. En cualquier caso, los autores concluyen que existen pruebas insuficientes para comparar los efectos de los ámbitos de atención domiciliaria, hospitalaria y del propio hogar sobre los resultados de la rehabilitación en personas mayores, aunque los autores reconocen que su revisión

adolesce de varias debilidades. La primera es que comparan estudios donde la descripción y especificación del ámbito a menudo no es clara; en segundo lugar, los componentes del sistema de rehabilitación dentro de los ámbitos considerados no están adecuadamente especificados y; en tercer lugar, cuando los componentes están especificados claramente, éstos demuestran que los sitios de control y de intervención no son comparables de acuerdo con los criterios metodológicos establecidos. Por ejemplo, hubo diferencias en los servicios suministrados, posiblemente en relación con los sistemas de remuneración, la naturaleza de la rehabilitación, las características de las personas incluidas en el estudio, la variedad de habilidades y el nivel académico del ámbito de atención. Todo ello, llevan los autores de la revisión a apuntar que la ausencia de un efecto en base a la comparación de los estudios, no significa finalmente que no haya efecto.

Los resultados de la intervención de fisioterapia domiciliaria han sido estudiados particularmente desde el ámbito de la atención a personas con problemas respiratorios o lesiones neurovasculares. En este sentido, hay varias experiencias que concluyen que la incorporación de un fisioterapeuta a los programas de atención domiciliaria conllevó una disminución de los ingresos hospitalarios y una menor duración de la estancia hospitalaria (Frasca y Weimer, 1985; Haggerti et al., 1991). Aunque generalmente estas iniciativas surgen desde la atención especializada y no desde Atención Primaria, al igual que otros trabajos, (López et al., 1998; Servera et al., 1989; Farrero et al., 2001; Zapater et al., 1990; Güell et al., 1998, Bingöl, 2000), el tipo de intervención realizada parece justificar un mayor desarrollo desde este nivel de salud, favoreciendo la interrelación entre los niveles de atención.

De estos estudios deriva que la posibilidad de atender al paciente en su domicilio permite reducir los ingresos hospitalarios, asegurar el cumplimiento terapéutico y tener un mayor acceso y valoración del cuidador, considerado pieza fundamental (Escarrabill, 1999). Sin embargo, para la American Thoracic Society, los objetivos básicos que debe perseguir un programa de estas características han de ir

más allá del mero hecho de reducir los ingresos hospitalarios, incidiendo en la calidad de vida, facilitar el cumplimiento terapéutico y promover una actitud positiva e independiente (Kirilloff, 1986). Es decir, centrarse más en la persona que en la enfermedad, tal y como se postula desde la Atención Primaria.

Para Turner-Stokes y cols. (2005), las personas que han sufrido un ictus o accidente cerebral vascular (ACV) y han sido dados de alta de la fisioterapia hospitalaria deben tener acceso a servicios comunitarios o ambulatorios adecuados a sus necesidades, pudiendo incluir la atención al domicilio. En cuanto a la intervención domiciliaria en el caso de persona afectadas de ictus, especial atención ha tenido en la literatura la intervención temprana asistida en el entorno domiciliario, iniciando las intervenciones tan sólo unos días después del episodio agudo. Para Thorsén y cols. (2005) en un estudio que compara los resultados funcionales de personas que han tenido un ictus y que han sido atendidas precozmente unas en su domicilio y otras en la institución sanitaria, concluyen que el primer grupo ofrece, pasados cinco años de la intervención, mejores resultados. Aunque los autores reconocen que durante ese período otros factores podrían haber influido en los distintos resultados, consideran que los aspectos físicos y psicoemocionales del domicilio podrían haber sido un elemento clave. Estos elementos también han sido apuntados en otros estudios, reslatando también que la atención domiciliaria facilita el desarrollo de una mayor implicación y capacidad de control de la persona sobre su situación y la terapia (Von Koch et al, 1998; Widén et al 2000).

La atención domiciliaria también se considera en el abordaje de fisioterapia de Viñas y cols. (2002) para la atención de las personas con esclerosis múltiple incidiendo en el papel del fisioterapeuta desde la Atención Primaria. Por otro lado, Torre y cols. (1997) ven en esta modalidad de atención una posibilidad para intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas que precisan atención y cuidados paliativos, donde la fisioterapia tiene todavía una presencia limitada en relación a las posibilidades que ésta ofrece (CSP, 2002).

En cuanto a la evolución de personas con patología osteoarticular, Castiella y cols. (1997) cuestionan el peligro que supone enviar de alta desde el hospital, sin ninguna supervisión, a personas que han sido operados recientemente de prótesis de cadera, con lo que “el no saber que hacer” por parte de la persona y su familia puede poner en peligro el resultado final de la prótesis y con ello su calidad de vida.

Para Kuisma (2002), teniendo en cuenta la rapidez con que las personas intervenidas de fractura de cadera regresan de alta, la intervención de fisioterapia en el domicilio posterior al alta del hospital puede determinar los resultados funcionales para estas personas. Para la autora, su estudio pone en evidencia la cuestión de la cantidad y calidad de las sesiones de fisioterapia, concluyendo que en el contexto de analizado y para unos resultados funcionales comparables, el número de visitas domiciliarias fue mucho menor que las sesiones necesarias en el estorno especializado. En este sentido, bajo la cuestión de los costes, subyace el particular valor de la significación y contextualización de la intervención para las personas ubicadas en el domicilio.

Por otro lado, recientemente el interés de diferentes colectivos investigadores se ha centrado en el ejercicio realizado en casa (Dunkan 1998; Li et al., 2000; Savage et al., 2001; Ravaud et al., 2004; Roddy et al., 2005; Deyle et al., 2005) aunque generalmente estudian los efectos de programas de ejercicios realizados de forma autónoma por las personas en su domicilio. En algunos casos, se cita un nivel mayor o menor de supervisión, aunque generalmente esta supervisión se refiere al personal investigador y no siempre especifica su intervención. El trabajo de Thomas y cols. (2002) estudia los resultados de la realización de determinados ejercicios en el domicilio para aliviar problemas de rodilla. El aspecto novedoso en este sentido es que consideran que la supervisión ha de gestionarse desde el nivel comunitario, lo cual apunta al papel de la Atención Primaria en la intervención cercana y continuada y a la función del profesional de salud en el asesoramiento y acompañamiento.

El trabajo de Luukinen y cols (2006) hace referencia al ejercicio realizado en casa como estrategia preventiva, donde la intervención en su estudio es diseñada por profesionales de la fisioterapeuta y terapia ocupacional. En la línea de estudios sobre el ejercicio terapéutico realizado en casa, estudios como el de Montilla y cols. (2005) analizan los factores y estilos de prácticas fisioterapeutas que influyen en la adherencia a los programas domiciliarios. Estos estudios citados analizan aspectos del desarrollo de ejercicios en el domicilio, denominándolo en algunos casos como fisioterapia domiciliaria, utilizando este término en referencia al ejercicio terapéutico realizado con o sin supervisión en el hogar de la persona.

En nuestro país, los datos publicados de agencias privadas que realizan intervención de fisioterapia en el domicilio en el sistema sanitario público de Cataluña y otras regiones, nos pueden aportar una referencia de los diagnósticos que más frecuentemente son considerados como motivo de intervención de la fisioterapia en el domicilio. En este sentido la publicación de sus indicadores (Montagut, Flotats y Lucas, 2005) pone de manifiesto que la intervención más frecuente en el domicilio se debe a la atención a personas diagnosticadas de hemiplejía, fractura de la epífisis proximal del fémur, síndrome de inmovilidad, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, enfermedad neurológica central, enfermedad neurológica medular y fractura de la epífisis proximal del húmero. De ellos, recientemente ha habido un notable aumento de los casos tratados por intervenciones de prótesis de rodilla o cadera y las secuelas de la inmovilidad de personas con patología crónica. En cuanto a la distribución por edad y sexo, en el período entre 1993 y 2002 fueron atendidas más de setenta mil personas de las cuales más del 60% eran mujeres. Más del 80% de las personas atendidas en su domicilio tenían más de 65 años y de ellas más del 20% eran mayores de 85 años.

Tradicionalmente sin embargo, desde los ámbitos de la fisioterapia en Atención Primaria, la intervención domiciliaria no ha sido muy estudiada debido quizás a que su implantación en este ámbito de la salud no es muy extendida. Como se ha visto, los estudios hacen referencia generalmente a la comparación entre la

atención hospitalaria y la domiciliaria, centrando sus objetivos en la evaluación de los costes. Para algunos autores, la sobrecarga de trabajo y el deficiente número de profesionales en Atención Primaria parece limitar no sólo la intervención domiciliaria, sino otras actividades supuestamente inherentes a su actividad como la investigación (Escobar et al., 2002). Sin embargo, nuevos estudios se están abriendo paso sobre el marco conceptual de la práctica de fisioterapia en el domicilio, en especial en cuanto a aspectos relacionales entre profesionales y personas atendidas en el ámbito domiciliario, las expectativas de unos y otros con la intervención o las redes de comunicación con otros niveles sociosanitarios (Thornquist 1997; Widén et al, 2000; Wottrich et al 2004; García, 2005; Wottrich et al 2007; Ollonqvist, 2007). Otros autores, llaman la atención sobre el valor de vertebrar la intervención de fisioterapia en las necesidades y expectativas de la persona en el domicilio (Hale et al, 2003; Hale y Piggot, 2005).

Apuntan de esta manera, que los objetivos de la intervención de fisioterapia en el domicilio, ha de centrarse en las necesidades de la persona allí ubicada y no sólo en resultados físicos observables o en las recomendaciones protocolizadas de intervención. Ello apunta a un futuro donde la investigación sobre la intervención en fisioterapia valore más los aspectos inherentes a la intervención en este entorno, ubicando la mirada desde la Atención Primaria, superando el enfoque en la patología y sus costos.

4.2 LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

En el caso español como se ha visto anteriormente, las dificultades de integración de la fisioterapia en el modelo de Atención Primaria han llevado a ubicar a este colectivo profesional en las salas de fisioterapia, limitando otras actividades propias de su perfil. El rol de la fisioterapia fuera del centro de salud, en la comunidad, suele quedar reducido a aspectos conceptuales más que a experiencias y estudios concretos, aunque la vertiente comunitaria de la fisioterapia es recogida también en la literatura (Rebollo et al, 2002).

El documento sobre la Atención Fisioterapéutica del Instituto de Información Sanitaria (MSC, 2006) recoge específicamente el desarrollo de la intervención domiciliaria desde Atención Primaria en las comunidades de Cantabria, Castilla y León, aunque el escueto informe no aclara en qué medida estas actividades se realizan ni la cobertura de las mismas. Por otro lado, no incorpora otras comunidades donde sí se está desarrollando como es el caso de Andalucía. En Cataluña intervención de fisioterapia en el domicilio también está contemplada desde el sistema público de salud aunque no siempre es desarrollada por el colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria.

Para Mayordomo (2002), la fisioterapia domiciliaria es una prestación que encaja dentro del modelo de Atención Primaria y así se recoge en la Circular 4/91 en los puntos 10.5 y 10.6. Considera la norma que esta intervención ha de surgir a instancias del equipo de Atención Primaria con el fin de apoyar la valoración de necesidades de fisioterapia para la persona, de adaptaciones ergonómicas y necesidades de material de ayuda, lo cual, interviene en la calidad de vida de la familia.

En la intervención domiciliaria generalmente se considera que el colectivo de fisioterapeutas tiene entre sus funciones la valoración de necesidades, la prevención e intervención en las algias y áreas funcionalmente deficitarias,

especialmente aquellas que intervienen en la deambulaci3n, el control motor y la funcionalidad respiratoria, detectando mecanismos compensatorios y evaluando aspectos ergon3micos del individuo, la familia y cuidadores en su contexto (Santos et al., 1997; Fern3ndez, 1998; Von Koch et al., 1998). En definitiva, esta atenci3n permite identificar precozmente en el domicilio de la persona las 3reas funcionales deficitarias y dise1nar un tratamiento individualizado a medida, desde una dimensi3n cualitativa e integral que facilite la integraci3n al entorno y mejore su calidad de vida y de quienes le cuidan (Fern3ndez, 1998).

Por este motivo, los colectivos de fisioterapeutas de este nivel de atenci3n han de formar y asesorar a las personas en la realizaci3n de actividades terap3uticas y preventivas, pero tambi3n a la familia y a otras personas que ejercen el cuidado, sobre todo en aspectos ergon3micos y preventivos. En este sentido, Ingl3s y cols. (1999, p. 149) definen la fisioterapia domiciliaria como:

Aquel conjunto de actividades de car3cter y de 3mbito comunitario realizadas en el domicilio, con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia, potenciando as3 su autonom3a.

Los objetivos de la fisioterapia domiciliaria recogidos en la literatura se centran en tres aspectos (Ingl3s et al, 1999). En primer lugar, garantizar el acceso de una pr3ctica asistencial a la poblaci3n que por sus caracter3sticas no puede ser atendida en el centro de referencia; en segundo lugar, promover la participaci3n de la familia, d3ndoles pautas de comportamiento para facilitar la recuperaci3n y en tercer lugar, asesorar a otros grupos profesionales que realizan atenci3n domiciliaria.

El an3lisis de los protocolos y gu3as de procedimiento de la fisioterapia domiciliaria suponen un marco para identificar no s3lo las caracter3sticas del protocolo, sino tambi3n la concepci3n, importancia y prioridad que el sistema de salud regional otorga a la atenci3n domiciliaria. De esta manera podemos

distinguir varios sistemas diferentes de intervención del fisioterapeuta en el domicilio. En este sentido, en la *Guía de procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria* de Andalucía (SAS, 2003) se define este servicio como un dispositivo asistencial que ofrece una atención a personas que cumplen los criterios de inclusión en la sala de tratamiento o en su domicilio. Se oferta además apoyo y orientación a los cuidadores principales y profesionales de Atención Primaria. Se cita como criterio de inclusión los siguientes:

- En las Unidades de Fisioterapia: Pacientes con déficits funcionales susceptibles de reversión total o parcial con tratamiento fisioterápico y pacientes discapacitados con déficits establecidos que pueden incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterápico.
- En Atención Domiciliaria: Pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario para tratamiento fisioterápico así como la atención a los cuidadores principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.

En todo caso, para ser incluido en este servicio, la persona ha de residir dentro de la zona de actuación de la unidad de fisioterapia y no poder desplazarse a la misma por causa de barreras arquitectónicas o porque dicho desplazamiento incrementa los factores de riesgo. En este sentido, se diferencian dos posibles intervenciones: se denomina “Tratamiento domiciliario” cuando va dirigido persona con déficits susceptibles de reversión total, parcial o susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico.

Por otro lado, se denomina “Apoyo a la atención a domicilio” para aquellas intervenciones con personas con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida. El colectivo de fisioterapeutas de los centros de salud que aplican protocolos de atención domiciliaria suelen visitar a la semana entre uno y cinco domicilios, apoyándose principalmente en el aprendizaje y seguimiento de

medidas preventivas y pautas a seguir por parte la persona afectada y sus cuidadores. En la citada guía, de forma general, se aconseja que la actividad efectiva de asistencia suponga tres tipos de intervención: Atención Domiciliaria con una duración de un quinto de la jornada, Tratamientos Individuales en sala con una duración de tres quintos y Tratamientos o intervenciones grupales, un quinto de la jornada.

Paralelamente, sistema público de salud en Andalucía cuenta con fisioterapeutas que realizan intervención exclusivamente domiciliaria llegando a conformar en el año 2007, según el servicio andaluz de salud, un total de 46 equipos móviles. En el distrito sanitario de Sevilla su cometido y funciones se recogen en la Guía de procedimientos de los Equipos Básicos de Atención Primaria y Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia (SAS, 2005). En este sentido, las derivaciones para este tipo de intervención pueden provenir desde la Atención Primaria o de la Atención Especializada. La consideración de equipos móviles requiere una comunicación entre el centro de salud y los equipos móviles, publicando recientemente un protocolo para su coordinación.

En otras comunidades⁴ como en Extremadura se han iniciado intentos de organizar el desarrollo de la atención domiciliaria de fisioterapia, aunque todavía no es un servicio implantado en toda la comunidad. En el área de Murcia, se ha elaborado un protocolo para la atención fisioterápica en el domicilio contemplando particularmente la faceta educacional, aunque el documento no se ha publicado todavía. En el caso de Canarias, aunque puntualmente se realiza fisioterapia domiciliaria, ésta no se encuentra protocolizada ni existe ningún tipo de retribución especial al colectivo en concepto de desplazamiento. En Castilla la Mancha tampoco se presta con regularidad este servicio en todo el territorio. Se asiste al domicilio en casos excepcionales pero no se encuentra protocolizado.

⁴ Información aportada desde los servicios autonómicos de salud, los colegios profesionales de fisioterapia, la sección de Atención Primaria de la Asociación Española de Fisioterapeutas y la consulta a profesionales del ámbito.

Situación similar ocurre en Aragón, donde las intervenciones que se realizan se limitan a ofrecer pautas o indicaciones en medidas preventivas y no tanto en una atención directa individualizada. Sólo en algún sector se realizan visitas domiciliarias de forma regular a personas que han sufrido un accidente cerebro vascular hasta que puedan desplazarse al centro de salud. El número de visitas al mismo domicilio oscila entre uno y tres a la semana. Finalmente, en otras comunidades, como las Islas Baleares, Asturias, Valencia o Galicia la fisioterapia domiciliaria no está desarrollada desde la Atención Primaria.

En Cataluña, la ley de ordenación sanitaria de Cataluña de 1990, marcó el cambio de las pautas de reforma de la gestión de los servicios sanitarios públicos españoles. Esta norma separa la función de financiación y cobertura de los servicios, para lo cual se crea el Servicio Catalán de la Salud y la provisión y gestión de los mismos que se encarga el Instituto Catalán de la Salud. La misma norma abrió la posibilidad de que la gestión de los servicios sanitarios se lleve a cabo mediante fórmulas diversas, tanto públicas como privadas admitidas en derecho. Este modelo, ha implicado la creación de un servicio de “rehabilitación a domicilio” financiado al 100% por la administración pública pero no siempre proporcionado por la sanidad pública. Implica la existencia de proveedores públicos o privados que proporcionan el servicio de atención domiciliaria y donde los casos pueden venir derivados de hospitales o de Atención Primaria. Por lo tanto, este modelo de gestión hace que en determinadas zonas la intervención domiciliaria la realiza el colectivo de fisioterapeutas de los centros de salud (por ejemplo en el ámbito Tarragona-Reus y Terres de l’Ebre), mientras que en otras este servicio es proporcionado desde otras agencias. Por este motivo, para autores que defienden los modelos de atención domiciliaria exclusiva (independiente del modelo de Atención Primaria), denominan como *rehabilitación domiciliaria* un nuevo paradigma asistencial, una subespecialización en la que participan particularmente médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas (Montagut, Flotats y Lucas, 2005).

La diversidad aquí planteada contrasta con la norma que regula las funciones de la fisioterapia en la Atención Primaria (Circular 4/91 de 25 de Febrero), pero también con el perfil que este colectivo profesional ha de desarrollar en este nivel de atención (Fernández 1989, Medina 1992, Gallego y Francisco, 1995; Medina 1996, Torres 1997, Fernández 1997). A su vez, se ha de considerar la inequidad en salud que se produce al privar a los ciudadanos que ya reciben asistencia domiciliaria (y de los que no), de una perspectiva integral e interdisciplinar en la atención a sus necesidades desde Atención Primaria (Cabanillas, 1998).

La Fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria parece encaminada a ser un pilar imprescindible en la estrategia de salud, contemplada recientemente en el Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud. El decreto considera como Rehabilitación Básica en Atención Primaria aquellas actividades de educación, prevención y rehabilitación susceptibles de realizarse en el ámbito de la Atención Primaria, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones de la accesibilidad.

Por su parte, el Plan Estratégico de mejora de la Atención Primaria (MSC, 2007), apunta la necesidad de potenciar las actividades de atención domiciliaria e implicar a los profesionales impulsando planes de acción que incluyan actividades de promoción de la salud, y de prevención de situaciones que generen dependencia. Además explicita la inclusión de actividades orientadas al mantenimiento y recuperación de la capacidad para actividades de la vida diaria desde la Atención Primaria, señalando de forma específica (p.55) *“la aplicación de terapias respiratorias y otras técnicas fisioterapéuticas”*. Finalmente, el documento marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria publicado por la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF, 2007), recoge muchas de las inquietudes que en los últimos años han sido explicitadas en las diversas Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y supone una

propuesta de adecuación de los recursos de fisioterapia a la cartera de servicios comunes (RD 1030/2006). En este sentido apunta la ubicación de los servicios de fisioterapia en el centro de salud y en el domicilio y otros entornos comunitarios, debiendo destinarse entre un quince y veinte por cien de su tiempo semanal a actividades domiciliarias. Finalmente, y en palabras de Sanz (2004, p. 41) parece que la situación actual apunta a la necesidad de dirigir los esfuerzos a *“facilitar la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios, orientando la gestión hacia las expectativas de los usuarios y hacia el mantenimiento y la mejora de la calidad de vida”*.

CAPÍTULO 5. MIRANDO AL FUTURO: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y TENDENCIAS SOCIOSANITARIAS.

La población de los países desarrollados ha sufrido en los últimos años una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas, y esos cambios se deben, entre otras razones, al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida por disminución de la mortalidad, propiciada por las mejoras de las condiciones socioeconómicas o sanitarias (Espinosa y Muñoz, 1995). Se calcula que para el año 2010, en España, casi un 18% tendrá más de 65 años (IMSERSO, 2004), y aunque no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, es cierto que en un porcentaje importante de las personas mayores, la incidencia y prevalencia de enfermedades y su progresiva limitación funcional, inciden de forma directa en el incremento de demanda sanitaria, limitan su vida de relación y en muchas ocasiones los recluyen en su hogar (Contel y Badía, 1999). Además, como resultado de la aplicación de nuevos tratamientos y adelantos en términos de salud, hemos comenzado a asistir al incremento progresivo de personas con enfermedades crónicas de forma paralela al envejecimiento de la población, que suponen también un alto coste al sistema sanitario (Mayoralas y Díaz, 2005).

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud de 1999 (EDDES 99) muestra claramente una correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. De las personas con discapacidad, un 18,1% lo conforman jóvenes y niños, un 23,1% son personas adultas afectadas de problemas de salud crónicos u otro tipo de discapacidad, personas que sufren una patología invalidante, generalmente patologías neurológicas o neuromusculares o por las secuelas de accidentes laborales y de tráfico y el restante 58,8% tiene más de 65 años. Además, las discapacidades más frecuentes en cuanto a la población española son referentes a la movilidad. En este sentido, las deficiencias que afectan a mayor población y a más temprana edad son de tipo osteoarticular (IMSERSO, 2004).

Según los datos del Informe 2004 de las Personas Mayores en España, el tipo de dolencia predominante autodeclarada por los mayores es la osteomuscular. El 36,3% declara que la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba dentro de la categoría “artrosis, reumatismo, dolor de espalda”, seguida de traumatismos en un 17,7%. Es decir, la mitad de población de mayores ha declarado problemas osteomusculares, que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Además, una de cada diez personas en nuestro país sufre discapacidad y de ellas, más de la mitad son mujeres.

En cuanto a Baleares, la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007) apunta a que el número de ancianos residentes en Baleares se disparará un 40% en poco más de 10 años. Actualmente, viven en las islas 133.383 personas mayores de 65 años, que pasarán a ser en 2017 más de 186.000. En relación con la discapacidad, hay alrededor de sesenta mil personas con discapacidad en esta comunidad, de las cuales más del 50% es mayor de 65 años. En cuanto a la percepción de salud de la población balear, según la Encuesta de Salud de las Islas Baleares (2001) las dolencias declaradas más frecuentemente en el grupo de personas varones mayores de 65 años son la artrosis (38%) y el dolor de espalda (38%), mientras que en las mujeres asciende a un 67% y 57% respectivamente. En este sentido el avance por parte de la Consellería de Salut sobre la encuesta de salud 2006 confirma la tendencia que coloca a las dolencias de origen musculoesquelético en los primeros puestos de las afectaciones de salud expresadas por la población (Diario de Mallorca, 14 de Marzo de 2008). La cuestión relacionada con la discapacidad y la atención domiciliaria aparece tanto en el Plan de Salud de las Islas Baleares 2003-2007, como en el Plan Sociosanitario de 2003, apuntando el primero la necesidad de priorización de las acciones con los ancianos frágiles y la discapacidad debida a trastornos osteoarticulares y neurológicos y el segundo considerando a este grupo poblacional como el principal destinatario de la atención domiciliaria.

Las actuales perspectivas sobre discapacidad inciden en tres ideas clave: el modelo social de discapacidad, la independencia o autonomía personal y los derechos de los ciudadanos (Oliver, 1999). Si la evidencia empírica muestra una estrecha relación entre discapacidad y edad, existe al tiempo también una relación con la dependencia. En el Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de discapacidad en España (2004) se considera que la dependencia surge como resultado de un déficit en el funcionamiento corporal que comporta una limitación en la actividad que no se puede compensar mediante una adaptación del entorno. Ello provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas. Por todo ello, no es extraño que se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a mayores. Para otros autores la discusión de la discapacidad y la dependencia va más allá (Lang, 1988) analizando desde un punto de vista crítico quien tiene el derecho para determinar cómo las personas con discapacidad deberían vivir sus vidas y además, quien tiene el derecho legítimo y la voz para determinar las prioridades en la provisión de servicios a las personas con discapacidad.

Entre los determinantes de la dependencia se han citado factores demográficos, pero a ello hay que añadir los sociales, como la modificación de la estructura familiar tradicional y la incorporación de la mujer al mercado laboral (Bover, 2005). El crecimiento de las demandas en relación con la dependencia coincide en el tiempo con la crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados. Además, se ha evidenciado el aumento de personas que viven solas en sus domicilios (Sundström et al., 1999; Palomo et al., 1998), no siempre en las condiciones adecuadas y con más dificultades para recibir apoyo social. En ocasiones, el sistema de salud centrado sobre todo en el proceso patológico que sufre la persona, no puede dar respuesta a las necesidades de las personas mayores tras un período de hospitalización y la falta de recursos hace que la familia asuma esos cuidados con el previsible impacto en la calidad de vida de los cuidadores (Iturria y Márquez, 1997; Segura, 1998).

El informe económico y social de las Islas Baleares realizado por el Centre de Recerca Econòmica (Sa Nostra, 2007), pone de manifiesto que el 23% de las personas mayores de 65 años de Baleares no comparte su hogar con nadie. Es decir, casi uno de cada cuatro mayores vive solo, con lo que alrededor de 31.000 personas de las islas, la mayoría ancianas, conforma el grupo de población considerado más frágil. Según este informe, ello se debe especialmente a la mayor propensión de este colectivo a sufrir problemas de salud que algunas veces derivan en discapacidades permanentes, implicando una desventaja en la autonomía de la persona.

Llama la atención el informe sobre el riesgo de aislamiento y la exclusión social, teniendo en cuenta las condiciones de vida en que se encuentra un alto porcentaje de este grupo poblacional, muchos de ellos en lista de espera para acceder a una residencia. A nivel nacional, atendiendo al Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005) la gran mayoría de las personas dependientes viven en su domicilio y tienen una mayor probabilidad de institucionalización y de disminución del bienestar personal. En este sentido, la disponibilidad de atención domiciliaria para aquellas personas que salen de alta hospitalaria puede condicionar o acelerar su institucionalización (Pérez et al., 2003). A pesar de esta tendencia, estudios como el de Valderrama (1996) presentan una situación en la que los ancianos que no reciben un apoyo informal adecuado, prefieren una atención en el domicilio que ser institucionalizados, ya que la calidad de vida puede ser peor teniendo en cuenta los aspectos sociales y psíquicos además de los físicos (Navarro, 1990).

Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. Por lo tanto, aunque la atención de la dependencia se enmarca dentro de los servicios sociales, existe una fuerte relación con el ámbito sanitario debido a la interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. La calidad de vida de las personas recluidas en el domicilio puede estar influenciada los recursos económicos

insuficientes (Lurdes, 2001). Por este motivo, la calidad de vida de las personas inmovilizadas puede presentar un nivel elevado de deterioro, confluyendo factores físicos, psicológicos y sociales que incrementan la demanda de atención domiciliaria desde todos los niveles (Vázquez, 1995). En cualquier caso, Blanco (2003) encontró diferencias entre las necesidades de las personas mayores en el domicilio, de manera que en las zonas rurales demandan especialmente servicios en el área del mantenimiento básico diario, mientras que la población urbana demanda más servicios sanitarios.

Un factor clave a tener en cuenta en las consideraciones en la atención a las personas con discapacidad y/o dependencia es el desarrollo democrático (Insalud, 1999). El Comité de Ministros europeo, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de la sociedad europea, recomienda a sus Estados miembros a través de los documentos 98/9, 98/11 y 99/4 que dentro de las políticas a favor de las personas dependientes se dé prioridad a la asistencia en el domicilio habitual. La sociedad está cada vez más sensibilizada ante las necesidades en salud y dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas y de las implicaciones familiares, manifestando por tanto un problema complejo, a la par sanitario y social. Una muestra del cambio de paradigma en la atención a las personas dependientes se puede observar también en la diferente perspectiva de la clasificación de la discapacidad. La aproximación que hasta ahora se seguía para considerar y clasificar las dimensiones relacionadas con la salud y la discapacidad se ha visto modificada y actualizada gracias a la elaboración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Como antecedentes hay que recordar que la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que fue publicada por la OMS por primera vez en 1980.

El proceso de revisión de dicha clasificación ha tenido como resultado modificaciones trascendentes (Jiménez et al, 2002). El cambio de nombre refleja el deseo de sustituir la perspectiva negativa de las deficiencias, discapacidades y

minusvalías por una visión más neutral de la estructura y de la función, considerando las perspectivas positivas de las actividades y de la participación. En este sentido, la clasificación del 2001 supera a la clasificación anterior al poner el énfasis en la función y la autonomía más que en la deficiencia. Dentro de las limitaciones en la actividad, se apuntan aspectos relacionados con el cuidado personal, la movilidad y el desplazamiento que permitan a la persona una mejor calidad de vida.

Desde el ámbito social el desarrollo de ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en dependencia supone un importante cambio en el contexto de la atención sociosanitaria, presentándose como un pilar de la construcción del “cuarto estado de bienestar”. La ley nace con la intención compensar económicamente el esfuerzo de cuidado de las familias e impulsar el desarrollo de una red de recursos sociales, entre los que se cuentan los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y servicios de atención diurna entre otros. La ley establece el derecho de los ciudadanos ante situaciones de dependencia, estableciendo un perfil social pero sin definir el papel que deberá jugar el Sistema Nacional de Salud en la atención de la dependencia. A su vez, la Cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud citada en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, tampoco ha incluido la atención sociosanitaria ni el papel que ha de jugar el sector salud en los planes de prevención de las situaciones de dependencia que habrán de fijar las comunidades autónomas.

Recientemente, tras la publicación del informe denominado Atención Primaria del siglo XXI: Análisis de situación (MSC, 2006) se ha presentado el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (MSC, 2007), donde se incluyen un total de cuarenta y cuatro estrategias de mejora. Se incide en el documento en la calidad de los servicios orientadas a la ciudadanía, la mejora de la efectividad y la resolución, la mejora de la continuidad asistencial, de la participación y el desarrollo profesional y por último de la mejora de la

eficiencia de la gestión y la organización. Ambos documentos surgen como resultado del proyecto AP-21 y cuentan con el apoyo del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, que considera estos documentos como un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que en el marco de sus competencias y realidades, puedan mejorar la Atención Primaria en todo el territorio. La estrategia número 27 del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012 apunta la necesidad de mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales, de forma particular con los ayuntamientos y otras organizaciones que realizan actividades en los domicilios. Se hace referencia también a las políticas de comunicación y divulgación entre los sectores sanitarios y social, adquiriendo compromisos conjuntos, aunque, coincidiendo con Jiménez (2007) parece urgente abordar el papel del sector sanitario en la construcción de un espacio sociosanitario en el que la Atención Primaria tiene un papel esencial. Sin duda, ser la puerta de entrada del sistema sanitario coloca a la Atención Primaria en un lugar privilegiado para el desarrollo de programas de prevención, identificación y seguimiento de las situaciones de riesgo sociosanitario, programas de atención domiciliaria, evaluación de necesidades, intervención y evaluación.

En conclusión, se reconoce que los actuales cambios sociodemográficos ya están ocasionando una mayor presión sobre los sistemas de salud, ya que la tasa de discapacidad aumenta con la edad y ha provocado un aumento de las personas dependientes que precisan de atención sanitaria en el domicilio. Este tipo de intervención puede representar una buena respuesta de los estados al reto del envejecimiento y dependencia de la población, aunque no todas las personas que lo precisan disponen de ello (Hutten, 1998; Branick, 2002; Kupper-Nybelen, 2006).

SEGUNDA PARTE

LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA EN MALLORCA

CAPÍTULO 6. LA PERSPECTIVA TEÓRICA

En la elaboración de un marco conceptual de la investigación es necesario establecer los conceptos que se van a estudiar, las relaciones entre los conceptos y la finalidad del estudio (Fortin, 1999). La consideración de la perspectiva teórica es un procedimiento interactivo más amplio, que trata los conceptos y la manera en que éstos se relacionan entre sí desde una posición previamente definida. De la revisión de la literatura expuesta en la primera parte de este trabajo, se desprenden varias dimensiones que facilitan la identificación de la cuestión de esta investigación y el marco teórico escogido. Por un lado, el modelo de Atención Primaria de Salud se considera el eje en el que se ha de vertebrar la organización de la Atención Primaria en España. Sin embargo, su organización actual parece influida por aspectos históricos acontecidos en el proceso de reforma. En cuanto a la fisioterapia en la Atención Primaria, las dificultades en su integración han venido acompañadas de un limitado desarrollo de su vertiente comunitaria. En el caso de Mallorca, la atención de fisioterapia en el domicilio desde el sistema de Atención Primaria no se ha desarrollado. Sin embargo, a la luz de la literatura revisada en la primera parte, parece que los aspectos sociodemográficos, familiares y las tendencias sociosanitarias apuntan la pertinencia de acercar los servicios a la ciudadanía en su contexto, asegurando una continuidad e integralidad en la atención en salud.

6.1 LA CUESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Atendiendo a todo lo anteriormente descrito, la cuestión general de esta investigación es:

¿Cuáles son las perspectivas de los colectivos profesionales de Atención Primaria sobre la fisioterapia en la atención domiciliaria?

Averiguar las perspectivas de miembros de los equipos de salud de Atención Primaria de Mallorca que realizan atención domiciliaria y del colectivo de fisioterapeutas sobre la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, permitirá disponer de información contextualizada que pueda orientar estrategias de intervención, dirigidas a gestores, profesionales de los equipos de Atención Primaria y de otros niveles sanitarios, pero también al nivel educativo y a la sociedad en general.

6.2. EL MARCO TEÓRICO

Establecer el marco teórico implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio (Rojas, 2001). Para Fortín (1999) el marco teórico se refiere pues a la teoría, cualquiera que sea su nivel de desarrollo y de generalidad. En este sentido, los paradigmas, entendidos como realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante un tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1962), actúan de marco teórico de referencia en la interpretación de un fenómeno.

La perspectiva de Guba (1990, p. 17) permite definir el concepto de paradigma como *“un conjunto de creencias que guían la acción”*, sea en la vida cotidiana, o en una indagación sistemática, usando para ello una trilogía de elementos: la ontología, la epistemología y la metodología. La ontología (cuáles son nuestras creencias sobre la naturaleza de la realidad), la epistemología (cómo se concibe el proceso de conocer, la naturaleza de la relación entre el investigador y lo cognoscible) y la metodología (qué vías se emplean para producir conocimiento) permiten construir por tanto, el punto de partida para determinar qué es la investigación y cómo se lleva a cabo. En este proceso Guba y Lincoln (2005) consideran fundamental el diálogo continuo que se ha de establecer entre el posicionamiento de quien investiga con la teoría de referencia.

Montero (2002, p. 233) entiende como paradigma el “*modelo o modo de conocer que incluye tanto una concepción del individuo o sujeto cognoscente, como una concepción del mundo en que vive y de las relaciones entre ambos*”. Sin embargo, este modelo no ha de considerarse como un canon hegemónico e inmutable puesto que la propia naturaleza estudiada (conductas humanas, sus relaciones y productos) es dinámica. Para esta autora, las dimensiones ética y política han de considerarse no sólo como un aspecto transversal, sino como elementos estructurales de la concepción de paradigma, en la misma medida que las dimensiones ontológicas, epistemológicas y metodológicas.

La argumentación de la autora supone la consideración de la ética como una reflexión general de carácter social, relacional, de la cual derivan normas, prescripciones o comportamientos. Es por ello que el aspecto ético es paradigmático, porque en la explicación científica está presente lo humano y las relaciones que los unen. La definición del “otro” está siempre implícita o explícita en el conocimiento que se produce, desde su adjudicación a un sujeto (colectivo o individual) o bien en su aplicación (colectiva o individual). Por otro lado, la política (del griego polis: ciudad, ciudadanía, lo público) considerada como la vida pública y cómo nos relacionamos en ella con otras personas, no es un elemento aislado de la investigación. Producir conocimiento tiene consecuencias políticas y puede ser el producto de una política. Saber es un fenómeno con consecuencias políticas; publicar o privatizar el conocimiento es un hecho político y también lo es el lugar que ocupan las personas en relación al conocimiento.

Por lo tanto, las cinco dimensiones de un paradigma (ontología, epistemología, metodología, ética y política) han de verse como una suma integradora. Preguntar, cuestionar, indagar, significa no aceptar como natural un determinado estado de cosas, sino estar alerta, mantener viva la duda, la incertidumbre, la preocupación por el otro y por el sentido de lo que se hace.

6.2.1. EL PARADIGMA CRÍTICO SOCIAL

En este paradigma amplio se engloban una serie de orientaciones teóricas como el marxismo, el materialismo histórico, el feminismo y el post-estructuralismo pero que comparten aspectos comunes en las dimensiones ontológicas, epistemológicas y metodológicas (Guba y Lincoln, 1994). También llamado paradigma sociocrítico (Arnal, del Rincón y Latorre, 1992) o teoría crítica de la sociedad (de la Herrán, 2005), surge como respuesta a las tradiciones positivista e interpretativa, introduciendo la ideología y la autorreflexión crítica de forma explícita. Sus principios tienen como finalidad la transformación de la estructura de las relaciones sociales hacia la justicia social y tienen en la Escuela de Frankfurt creada en 1923 uno de sus pilares ideológicos, con autores como Horkheimer (que acuña el término Teoría Crítica), Adorno, Fromm o Marcuse.

En cuanto a este paradigma, Guba y Lincoln (1994) se refieren en su dimensión ontológica a un “Realismo histórico” según el cual la realidad se concibe de forma plástica, pues con el paso del tiempo está moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, éticos y de género que quedan cristalizadas en unas estructuras “inapropiadamente consideradas reales” y por lo tanto consideradas naturales e inmutables.

En su dimensión epistemológica, consideran el paradigma Crítico Social como transaccional y subjetivista, es decir, la persona que investiga y el objeto investigado interaccionan y los valores del investigador influyen el proceso, por lo que los hallazgos también están mediados por valores. Estas características ocasionan una fusión entre ontología y epistemología, por lo que resulta esencial clarificar desde el inicio la posición de la persona que investiga respecto al objeto de estudio y el proceso reflexivo que ha ido surgiendo a lo largo del estudio y relacionarlo con la perspectiva teórica.

En su dimensión metodológica, la naturaleza transaccional de la investigación requiere un diálogo entre el investigador y el objeto de investigación. Se refiere en este sentido a una relación de diálogo que debe ser dialéctico para transformar la ignorancia y los conceptos erróneos (aquellos aceptados como inmutables y no como resultado de estructuras socio e históricamente mediadas) en una conciencia más informada (al ver cómo se pueden cambiar las estructuras y entendiendo las acciones necesarias para efectuar el cambio). Sostienen Guba y Lincoln (2005) que en este paradigma los valores tienen un papel central donde la posición de la persona que investiga se ubica cerca del contexto, con una perspectiva histórica y una ideología que por impregnar el proceso de investigación ha de hacerse explícita.

Freire (1978, 1998) apunta en su obra a la transformación de la realidad como un mecanismo posible por medio de una toma de conciencia de las personas sobre su situación, incidiendo en el valor de la educación en este proceso, pero también reconociendo el papel de la educación bancaria para mantener situaciones injustas. Utilizar la perspectiva de Freire (1997) sobre la práctica educativa impregna la investigación una reflexión y crítica sobre el papel de la educación en la formación de profesionales de salud y en el mantenimiento de sistemas organizacionales determinados. De esta forma, en este paradigma, la persona que investiga actúa como instigador y facilitador, lo que implica que genera y produce entendimiento sobre cuáles son las transformaciones necesarias en las estructuras educativas, sociales, culturales o económicas que limitan a determinados grupos poblacionales. Giroux (1988) se refiere en este sentido a las personas como “intelectuales transformadores” para descubrir y excavar aquellas formas de conocimiento históricas y subyugadas que apuntan hacia experiencias de sufrimiento, conflicto, lucha colectiva; para vincular la idea de comprensión histórica con elementos de crítica y esperanza. Este cambio social es facilitado al desarrollar en los individuos una percepción aguda (*insight*) sobre el estado actual de las cosas y al sentirse estimulados a actuar sobre ello.

Algunos autores apuntan una evolución en el desarrollo de las teorías y perspectivas críticas que engloba este paradigma (Quantz, 1992; Kincheloe y McLaren, 2005), pues su propia naturaleza les impide permanecer estáticas ante los nuevos problemas y circunstancias sociales. Sin embargo, una de las características definitorias en el paradigma Crítico Social es la manera en que los valores impregnan los resultados de los estudios, otorgándole a las construcciones originales de las personas sin voz o no expertas una relevancia primordial en la identificación de los problemas y sus soluciones.

De esta manera la ética y la política son intrínsecos en este paradigma, donde la persona que investiga estimula acciones participativas encaminadas a un *empowerment* de la colectividad que provoque la transformación de las estructuras existentes (Christians, 2005). Por lo tanto, al considerar que el paradigma que se adapta mejor al tipo de cuestiones planteadas en el estudio es el Crítico Social, implica una serie de consideraciones respecto al objeto de estudio, mi posición como investigadora y la metodología a emplear.

Mi pretensión con este estudio es hallar los elementos críticos que permitan entender las estructuras educativas, políticas y organizativas que limitan el desarrollo de una intervención domiciliaria considerada en la literatura como un derecho en salud de la ciudadanía. En este sentido, el punto de análisis es la perspectiva de profesionales que pertenecen a los equipos de salud de Atención Primaria, considerando uno de los elementos clave de esta investigación la interacción dialéctica encaminada a desarrollar en los profesionales de salud, educadores y gestores una percepción del estado actual de las cosas y a sentirse estimulados al cambio.

6.2.2 LOS CONCEPTOS CLAVE

Además de la conceptualización de la Atención Primaria, de la fisioterapia y de la intervención domiciliaria apuntadas durante la contextualización de esta investigación en la primera parte, hay tres elementos conceptuales que enmarcan el enfoque de esta investigación. Para Calspecken y Apple (1992), el marco conceptual que orienta en la investigación crítica se ubica en diálogo continuo con el proceso investigador, entre quien investiga y lo investigado. A continuación señalo en qué sentido los conceptos de necesidad, desigualdad y equidad son utilizados como puntos de reflexión y crítica en el proceso de investigación.

6.2.2.1 Necesidad en salud

En palabras de Le Boterf (1991) las necesidades no existen en sí mismas, sino que constituyen diferencias que hay que identificar y analizar en relación a situaciones concretas. Este enfoque de “diferencias” que coincide con el modelo de Kaufman (1987) es apuntado por Stufflebeam (1984) desde cuatro perspectivas en el concepto de necesidad. La primera basada en la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser; la segunda la democrática, entendiendo por necesidad el cambio deseado por la mayoría; la tercera la analítica, donde la dirección de mejora está en función del análisis de la información, que orienta en ese sentido; y por último la diagnóstica, que pone de relieve las carencias que producen las disfunciones. Del mismo modo, Bradshaw (1981) señala cuatro tipos de necesidades: las necesidades normativas, definidas por el experto basándose en un criterio estándar o norma, las necesidades percibidas, definidas por los propios individuos de modo subjetivo, necesidades expresadas, definidas por el cliente/usuario en forma de demanda y necesidades relativas, definidas al comparar con otras realidades existentes. Dentro del campo de la salud pública el concepto de necesidad se ha utilizado haciendo una distinción fundamental entre “necesidades sentidas o percibidas” por la población y “necesidades definidas” por los profesionales, donde estas últimas suelen ser las decisivas a la hora de tomar decisiones en la programación (Pineault, 1987).

Además la necesidad implica la constatación de una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada, diferencia que se desea reducir. El concepto de necesidad entonces, de la misma manera que el de equidad, incluye un componente comparativo y normativo. Equidad y necesidad nos impiden permanecer en el ámbito de las definiciones universalistas abstractas, donde no es posible rescatar lo múltiple, lo heterogéneo, la especificidad de su construcción social, que es lo que permite operacionalizarlos en la práctica. En este estudio, la necesidad es contemplada desde sus múltiples miradas, pero centrando el foco específicamente en cómo las necesidades de salud son identificadas en relación a la intervención en la atención domiciliaria.

6.2.2.2 Desigualdad en salud.

En la Declaración de Alma Ata (1978) se hace una referencia especial al aspecto de la desigualdad en salud:

Es inaceptable la gran desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los menos desarrollados, así como, dentro de cada país son igualmente inaceptables las desigualdades políticas, sociales y económicas.

De la misma manera, la Agenda Salud21 refleja en su objetivo la necesidad de reducir las diferencias sanitarias dentro de cada país y estableciendo políticas públicas diseñadas con el fin de garantizar una reducción sostenida de las desigualdades sanitarias. De esta manera se considera que las diferencias sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos contribuyen a una grave injusticia y reflejan algunos de los más importantes factores determinantes de salud. Sobre las desigualdades socioeconómicas y su relación con los sistemas sanitarios, destacan los problemas de disponibilidad de servicios, de accesibilidad de los mismos o su coste. Por ello, para evitar desigualdades, en general se considera necesario establecer medidas para mejorar la eficacia, la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud.

Desde esta perspectiva el sistema de salud tiene un papel relevante, pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros como, por ejemplo, educación, vivienda, comunicación y economía (Martín, 2003). Sin embargo, para continuar progresando en la consecución de un estado de salud cada vez mejor es necesaria una cooperación internacional e intersectorial efectiva para la desaparición progresiva de las desigualdades existentes.

Este autor sostiene que es importante que las políticas a desarrollar traspasen las fronteras de los servicios para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Entre ellos, facilitar el acceso a los diferentes servicios públicos o garantizar unas prestaciones básicas mejorando la distribución de los recursos sanitarios, educativos y sociales allí donde se encuentren las manifestaciones de desigualdad. Es decir, aspectos de la desigualdad en salud tienen su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que hay en la sociedad y no sólo en aspectos de gestión sanitaria.

Las relaciones entre equidad e igualdad llevan a una rica discusión conceptual, donde algunos autores señalan que detrás del concepto de inequidad está el de injusticia pues detrás de las desigualdades hay una fuerte connotación moral y política (Kadt, 1993). Para este autor hay tres posibles situaciones en la relación equidad y desigualdad:

- Desigualdad con inequidad: servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados.
- Inequidad sin desigualdad aparente: buena oferta de servicios pero sin afectar a los grupos más desfavorecidos.
- Desigualdad aparente sin inequidad: los recursos son asignados de manera desigual a fin de compensar a los grupos más desfavorecidos.⁵

⁵ Otros autores (West, Peter, 1981) denominan este proceso como equidad vertical: tratamiento desigual a desiguales (citados por Ballester, 1999).

En este sentido, en España, como en la mayoría de los países del mundo, se ha puesto de manifiesto la presencia de desigualdades socioeconómicas en salud y la población menos favorecida es la que presenta peor salud (Benach y Muntaner, 2005; Borrell et al., 2005) por lo que se presentan en el sistema lagunas en relación a la accesibilidad y la equidad. Para Benach y Muntaner (2005, p. 19) *“sólo podemos establecer hasta qué punto es injusta la limitada tenencia de determinados bienes o recursos cuando tenemos la capacidad de comparar el distinto acceso que tienen los individuos”*. Las desigualdades así entendidas, manifiestan las limitaciones y oportunidades diferentes de la población que no son fruto de una elección personal (Evans, 2001).

Como se ha visto, la fisioterapia domiciliaria no se está desarrollando desde algunas comunidades como un servicio al ciudadano desde este nivel de atención. Por este motivo, la imposibilidad de recibir atención de fisioterapia en el domicilio desde la Atención Primaria, implica un proceso de “aparente igualdad” en el acceso a servicios. Efectivamente, en el caso de Mallorca, nadie puede disponer de este tipo de intervención pública. Sin embargo, esta situación no afecta a toda la ciudadanía por igual. Aquellas familias con más medios económicos podrán hacer frente a los costes de una intervención privada, mientras que habrá otras personas que no puedan asumir este gasto en su precaria economía de forma continuada.

Las condiciones socioeconómicas de la población y el acceso a los servicios sanitarios constituyen un importante pilar de los determinantes sociales de la salud. Es decir, las personas con menos medios económicos pagan con su salud la limitación de servicios sanitarios públicos. Por lo tanto, la situación planteada provoca una desigualdad en salud entre los ciudadanos que pueden o no asumir los costes de la fisioterapia domiciliaria y además, por ser evitable e injusta, es una situación de inequidad en salud. Por ello, si no toda la desigualdad se considera inequidad, tampoco la equidad es lo mismo que igualdad. La noción de inequidad adoptada por la OMS y la OPS se reserva a aquellas diferencias en

salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que además se consideran como injustas (Whitehead, 1990), por lo que este elemento forma parte también del análisis en este estudio.

6.2.2.3. Equidad en salud

Equidad no es un concepto simple sino complejo, relacionado de manera inseparable con otros tales como justicia, igualdad, necesidad y libertad (Spinelli et al., 2002). La meta “*Salud para Todos en el Año 2000*” de la Asamblea de la OMS en 1977 y la posterior Declaración de Alma Ata en el 1978 con su propuesta de Atención Primaria de la Salud como estrategia, ya planteaban entonces el principio de justicia social y el criterio de equidad como parte de sus postulados.

Se ha visto que la elaboración de la estrategia de Atención Primaria de Salud señaló la importancia de la aplicación de la tecnología apropiada, de la participación comunitaria y de la cooperación intersectorial. Por lo tanto tal meta tendría que incluir a todos los sectores del Estado y no sólo al sector sanitario: los ministros de salud estaban proponiendo un objetivo que estaba situado más allá de la capacidad de alcanzarlo por si mismos. Sin embargo, es necesario ver el movimiento de “Salud para Todos” como una obra permanente y no como una meta definida de manera simplista, en la cual el año 2000 sería el momento en que concluiría este proceso (Alleyne, 2002). El análisis posterior de lo que el concepto significaba giró en torno a la necesidad de consagrar tres criterios básicos. El primero, el reforzamiento de la salud como derecho humano, el segundo el criterio de ética y el tercero es la noción de equidad concebida como justicia. Una cosa que logró el movimiento de “Salud para Todos” fue obligarnos a pensar en lo que quiere decir “todos” (Alleyne, 2002).

A finales de los 70, la Oficina Regional de la OMS para Europa, comenzó a desarrollar un programa llamado “Equidad en la Salud”, a fin de examinar el impacto de las cuestiones del desempleo y la pobreza en la salud (Whitehead, 1990). De esta misma época es el *Black Report* (Black, 1982) llevado a cabo en Inglaterra y que cumplió un rol relevante en la importancia dada a nivel

internacional al estudio de las desigualdades sociales en salud. Tanto este informe como trabajo *The Health Divide* (Whitehead, 1988) alimentaron la posterior sistematización e internacionalización del concepto de equidad en salud dando lugar a estudios en diferentes países que abordan el problema de las inequidades en salud desde diferentes conceptos operacionales. A partir de la constatación de las desigualdades sociales en materia de salud, la OMS (1999) plantea como una de sus metas fundamentales el reducirlas, considerando que salud para todos significa equidad; eso quiere decir que las desigualdades en cuanto a salud que se dan actualmente entre países y dentro de los países deben reducirse en la medida de lo posible.

Por lo tanto, la equidad implica crear las condiciones necesarias para alcanzar la igualdad de oportunidades para la salud y llevar las diferencias existentes en salud al más bajo nivel posible, facilitando, entre otros aspectos, la accesibilidad a los servicios de salud. Actualmente, agencias internacionales tales como la OMS/OPS han reabierto una vez más este viejo problema de la equidad en salud. La equidad en salud se considera tradicionalmente como (Whitehead, 1990):

La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse.

En este sentido cuando la OMS caracteriza a la equidad en la atención de la salud, propone considerar algunos criterios: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1990). Esta definición requiere sin embargo considerar que ni la necesidad ni la igualdad constituyen conceptos universalmente válidos y que deben ser por lo tanto evaluados en cada situación particular. Es decir, la atención disponible puede no ser suficiente para asegurar la equidad, si se convierte en un paquete mínimo de servicios que afecta de manera distinta a los diversos sectores sociales.

El análisis de la equidad en la utilización de servicios tiene como fundamento central el concepto de necesidad, y por ello, de acuerdo con los principios de equidad distributiva, los servicios deberían coincidir con la necesidad (Gómez, 2002). En este sentido, la igualdad como idea abstracta no tiene mucha fuerza, y el trabajo comienza con la especificación de las reglas a seguir para definirla como principio corrector para lograr la equidad (Sen, 2002). Equidad en relación a las condiciones de salud significa disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible (Gómez, 2002). En relación a los servicios de salud, significa recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y de uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera). En este sentido, aunque conceptualmente se ha considerado el modelo de Atención Primaria de Salud como un sistema impregnado de valores, para Starfield (2001) el rol de la Atención Primaria y sus influencias ha sido subestimado en la práctica, a pesar de su influencia en la equidad en salud. Desde esta consideración y desde la perspectiva de que la inequidad no se refiere sólo a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera (Breilh, 1991) el concepto de equidad permite establecer una particular mirada a la cuestión de esta investigación.

CAPÍTULO 7. EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El planteamiento de esta investigación persigue determinar cómo consideran los distintos colectivos profesionales de Atención Primaria la intervención de fisioterapia en el contexto domiciliario y que expectativas tienen en cuanto a su desarrollo desde este nivel de atención⁶. Con la metodología y el plan de trabajo aquí planteado intento dar respuesta a la cuestión de la investigación, determinando para ello un objetivo general y cinco objetivos específicos. La determinación de estos objetivos ha pasado de un momento inicial en que se incluía una primera aproximación general al tema de estudio. Este diseño evolucionó hacia una propuesta metodológica definitiva, apuntando a continuación el proceso que ocasionó el giro metodológico.

7.1 LA TRAYECTORIA METODOLÓGICA.

El diseño que finalmente ha adaptado el proyecto de investigación y con ello la confección final de esta tesis ha pasado por diversos momentos, planificándose inicialmente una metodología mixta cuantitativa-cualitativa. Ello fue debido a que en un primer momento, los objetivos del proyecto representaban una tendencia a obtener una perspectiva global y descriptiva, profundizando posteriormente con una estrategia cualitativa.

El uso del cuestionario se había mostrado en otros estudios como una herramienta útil para obtener esta información inicial, que permitiese generar una primera aproximación al estudio (Frías y et al., 2002; Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2003). El proceso de elaboración del cuestionario a aplicar en la fase cuantitativa se presentó en la memoria de

⁶ La realización de este trabajo ha contado con financiación aportada por la *Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears* y la *Universitat de les Illes Balears*.

investigación. Sin embargo, la metodología definitiva de este estudio ha sido finalmente de tipo cualitativa exclusivamente. En este apartado, se describe cómo se desarrolló esa fase y el proceso reflexivo que conllevó el cambio en la estrategia metodológica.

7.1.1 LA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

El diseño cuantitativo, mediante un cuestionario distribuido al colectivo profesional de Atención Primaria fue elegido inicialmente para realizar una aproximación a las cuestiones que motivaron la investigación. En el ámbito sanitario son relativamente numerosas las investigaciones realizadas utilizando esta técnica, ya que permite obtener información de un amplio abanico de cuestiones a la vez (Rodríguez et al 1996, March et al 1999). Por todo ello, consideré la utilización del cuestionario como una posibilidad para permitir una descripción de la situación de la atención domiciliaria en la Atención Primaria y obtener sobre ese tema la perspectiva de los diferentes profesionales tal y como se había realizado en otros estudios (Prieto et al, 2001). A partir de este conocimiento acerca de situación de forma amplia y general podría posteriormente profundizar en la segunda parte de la investigación, con un diseño cualitativo (Hernández, 1997; Buendía, 1988).

Este cuestionario fue elaborado en relación a los aspectos clave en el proceso investigativo. El proceso de elaboración del cuestionario pasó por distintas fases, incluyendo una fase inicial de búsqueda bibliográfica y de cuestionarios ya elaborados relativos al tema de investigación (Hernández et al., 2003). No habiendo encontrado en la literatura un instrumento validado que pudiera enfocar las cuestiones planteadas, finalmente decidí construir un instrumento específico, contando para ello con la participación de personas expertas tanto en la elaboración como en el proceso de validación del mismo (Bellavista y Fontova, 1987; Sierra, 1998; Prieto et al 2001). El modelo de cuestionario general fue estructurado con preguntas cerradas y preguntas abiertas agupadas en cuatro

bloques. El Bloque 1 referente a la información general, el Bloque 2 a la conceptualización de la Atención Primaria, el Bloque 3 a la experiencia y valoración de sus intervenciones domiciliarias y el Bloque 4 en referencia a la valoración y propuestas sobre la integración de la Fisioterapia domiciliaria en Atención Primaria. La versión modificada para los profesionales fisioterapeutas no incluyó el Bloque 3 (referente a la experiencia en la Atención Primaria domiciliaria) pero profundizaba de forma específica en las cuestiones del Bloque 4, por ser el grupo profesional especialmente implicado en el desarrollo de esta intervención.

Las preguntas en el primer bloque hacían referencia a cuestiones educativas y formación postgraduada, a la ubicación del centro de salud, la experiencia en los distintos niveles de atención, el tipo de contrato laboral o la exclusividad en el desempeño profesional en este ámbito. El bloque segundo incluyó preguntas con respuesta múltiple respecto a la consideración del modelo de Atención Primaria y su vertiente domiciliaria. El bloque tercero incluyó preguntas respecto a la media de visitas programadas realizadas a la semana, las visitas al mismo domicilio y su duración. Se solicitó también el porcentaje de vistas realizadas conjuntamente con otros colectivos profesionales y sus grupos profesionales de pertenencia. En este mismo bloque se incluyeron preguntas abiertas y cerradas en referencia a las necesidades de salud de las personas visitadas, las actividades realizadas, sus resultados y su satisfacción personal.

El Bloque 4 incluyó preguntas abiertas y cerradas respecto al servicio de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, al papel del fisioterapeuta y el modelo de implementación. En la variante del cuestionario para el colectivo de fisioterapeutas se incluyeron cuestiones referentes a la valoración personal del desarrollo de esta intervención, la implicación en este proceso y la posible satisfacción en este servicio. Finalmente, en ambos se incluyeron preguntas abiertas permitieran a los profesionales responder a las cuestiones con sus propias palabras y hacer aportaciones al cuestionario.

Siguiendo las recomendaciones de la literatura, la fase de validación incluyó una prueba piloto en un contexto de Atención Primaria similar a donde finalmente se aplicaría (Howie JGR, 1992; Blaxter et al, 2000; Casas et al, 2003). Participaron para ello profesionales de la fisioterapia, enfermería, medicina de familia, pediatría y trabajo social. Para completar esta fase de validación, se realizaron entrevistas personales a profesionales que habían contestado previamente el cuestionario. En estas entrevistas, el colectivo encuestado hizo aportaciones no sólo referentes al cuestionario sino a la cuestión de la investigación, incluyendo relatos de sus experiencias y vivencias para ilustrar sus posicionamientos. Estas aportaciones se incorporaron en la versión del cuestionario presentada en la memoria de investigación, momento en que se recogieron también las recomendaciones finales al instrumento de recogida de datos.

El retorno del cuestionario permitió obtener datos generales ofreciendo las características de profesionales de los equipos de salud. De esta forma me ayudó a describir el perfil sociodemográfico de los profesionales y fue útil también para trazar las líneas del guión de entrevista, que pretendía aplicar en la segunda fase. Sin embargo, pude ver que el instrumento no era sensible a aspectos que se iban revelando como importantes en la investigación. Aspectos como la reflexión, la crítica y las propuestas del colectivo entrevistado surgían con más claridad en las entrevistas posteriores a la aplicación del cuestionario y eran estos aspectos precisamente los más relevantes para el estudio. De esta manera, pude entender que el proceso de elaboración del cuestionario, me había llevado a profundización de los objetivos iniciales, por lo que la investigación adquiere otro rumbo. En este sentido, el porcentaje de profesionales que representaba una u otra opinión ya no parecía un dato relevante, sino más bien las motivaciones y percepciones que llevan a distintos profesionales a posicionarse en torno al tema. Es decir, este nuevo enfoque de los objetivos la investigación fruto de toda esta fase anterior, me encaminaron a un abordaje únicamente cualitativo.

Las entrevista semiestructurada acabó constituyendo finalmente el instrumento esencial de la recogida de datos en el diseño definitivo, aunque una adaptación del primer bloque del cuestionario se aplicó a los participantes para obtener sus datos sociodemográficos y perfil formativo.

A modo de reflexión, he de señalar que el diseño del cuestionario ha sido un proceso de aprendizaje clave en el curso de la investigación. La elaboración inicial, juntamente con las cuestiones y sugerencias de las personas expertas que participaron en su diseño, la experiencia de su aplicación en el contexto y finalmente la discusión de éste en la evaluación de la memoria de investigación, fueron momentos relevantes en el proceso de investigación. Por ello puedo decir que tanto los elementos necesarios para la confección del cuestionario como el proceso reflexivo que le acompañó resultaron un pilar esencial en la construcción del planteamiento cualitativo de la investigación.

7.2. EL PLANTEAMIENTO CUALITATIVO

En este apartado se incluyen los aspectos relativos al desarrollo de la investigación. En primer lugar señalo los objetivos del estudio, que permitirá perfilar el tipo de estudio, la muestra intencional seleccionada, el proceso de reclutamiento y de recogida de la información. Posteriormente, se explicita el proceso de análisis de la información, las limitaciones del estudio y las consideraciones éticas.

7.2.1. EL OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio se perfila en un objetivo más general que integra la intencionalidad investigadora de hacer aflorar las distintas sensibilidades sobre la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria partiendo de las consideraciones y experiencias de profesionales de este nivel de atención.

Por este motivo, las percepciones del colectivo profesional sobre la atención domiciliaria en el sistema de Atención Primaria, así como sus vivencias o perspectivas son considerados como elementos a explorar. Ello persigue la iluminación del contexto en el cual se desarrollan sus conceptualizaciones y estrategias y expectativas en cuanto a la fisioterapia en el domicilio.

OBJETIVO GENERAL

Explorar las consideraciones de profesionales de los equipos de salud sobre la intervención de fisioterapia en el marco de la Atención Primaria domiciliaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar las consideraciones del colectivo profesional respecto a la atención domiciliaria en el sistema de la Atención Primaria.
2. Explorar las experiencias, vivencias y valoraciones sobre las intervenciones en el entorno domiciliario.
3. Identificar la caracterización de la fisioterapia en la atención domiciliaria.
4. Explorar las actitudes, los conflictos de intereses y la percepción de la organización en cuanto al desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria.
5. Identificar las estrategias y expectativas de futuro en cuanto a la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria

7.2.2. TIPO DE ESTUDIO.

El estudio se enmarca en un proyecto de investigación de tipo cualitativo. La investigación cualitativa se ha venido utilizando, especialmente en los últimos años, para responder a cuestiones planteadas en relación con la Atención Primaria (Pascual et al, 1999; Ramos et al, 2001; Prieto et al. 2002; Duro JC, 2005). Dentro de esta metodología, existen diferentes instrumentos de recogida de datos, entre los que la entrevista y los grupos de discusión han sido ampliamente utilizados en

estudios cualitativos en Atención Primaria (Mira et al, 2004). En esta investigación se ha optado por entrevistas individuales y en grupo, pues la utilización de esta metodología responde al objetivo de capturar no sólo lo que el participante dice, sino profundizar en el por qué de sus consideraciones y de sus acciones (Prieto y cols, 2002). Aunque inicialmente los grupos diseñados incluían mayor número de profesionales, ajustando el tamaño de los grupos a las recomendaciones metodológicas en sentido tradicional (Ibáñez, 1992; Krueger, 1994; Kitzinger 1995; Morgan, 1988) finalmente la profundidad del tema a explorar aconsejó el diseño de grupos más pequeños, también contemplados en la literatura (Ortí, 1993; Conde, 1993; Conde, 1996; Krueger, 1994; Roldán, 1998, Bloor et al, 2001; Prieto y March, 2002; Gordo AJ, 2006; Hopkins, 2007).

De esta manera se diseñaron pequeños grupos (díadas, tríadas y entrevistas en grupos de cuatro o cinco integrantes), que suponen una alternativa para tratar temas con un nivel de profundización cercano a una entrevista individual pero sin renunciar a una profundidad en la exploración (Ortí, 1993; Conde 1993, Conde 1996, Prieto y March, 2002), siendo especialmente útiles para tratar temas especialmente sensibles o que requieren un cuidado especial en cuanto a la confidencialidad (Krueger 1994, Bloor et al, 2001). Para algunos autores (Roldán, 1998) este diseño de grupos supone una propuesta interesante dentro del enfoque cualitativo y constituye una posición intermedia entre las entrevistas personales y los grupos de discusión tradicionalmente entendidos.

Los grupos de cuatro integrantes son considerados por Krueger (1994) como minigrupos focales, mientras que los grupos de tres integrantes son señalados por Conde (1993, 1996) y Ortí (1993) como grupos triangulares, personalizados o microgrupos. Para Ortí (1993) los grupos triangulares permiten explorar un fenómeno apoyado en los tres pilares que suponen las tres personas participantes con una participación de quien investiga de forma menos escondida e impersonal que en un grupo de discusión mayor. Sostiene Conde (1996) que en el grupo triangular se ocupa el espacio discursivo de transición entre lo personal y lo

representacional. Para Kueger (1994) los grupos pequeños son preferibles cuando los participantes tienen mucho que compartir sobre el tema en cuestión o el relato de sus experiencias requiere un tiempo considerable del que no dispone en grupos con más integrantes. Aunque para Roldán (1998) las novedades que aporta esta nueva aplicación están todavía poco estudiadas, coincide con Conde (1996) al señalar que las características del grupo llevan a los participantes a ubicarse entre lo individual y el discurso o posición social de referencia. Este elemento de tensión es un punto clave en la medida en que facilita expresar más ampliamente las diferencias personales y sociales, en ocasiones más difíciles de obtener en grupos de discusión mayores, donde hay una cierta tendencia al consenso.

En los microgrupos o grupos triangulares, su propia estructura hace que en lugar de predominar el sentido y sentimiento de grupo, prevalezca la transformación de cada asistente en sujeto activo, en persona concreta, que puede afirmar sus opiniones en contra del discurso que supone propio del grupo de referencia. De este modo, Conde (1996) apunta que esta clase de grupo desarrolla una dinámica más abierta e interactiva, generando nuevas argumentaciones y nuevos discursos de marcada incidencia personal, lo permite profundizar en los aspectos de la interacción, donde los propios integrantes del grupo cuestionan las perspectivas del otro/los otros integrantes y les obligan a profundizar en sus razonamientos.

De esta manera se desarrolló un cambio de estrategia en la recogida de información, conformando una flexibilidad en el diseño considerado por otra parte como una de las características de la investigación cualitativa, pues permite adaptarse a las circunstancias de la investigación manteniendo un rigor metodológico (Ely, 1991; Prieto y March, 2002; Janesick, 2003). Para estos autores, en la investigación cualitativa los diseños permanecen abiertos durante todo el proceso, porque pueden modificarse en función de los resultados que se vayan obteniendo y en medida que nos vamos adentrando en el contexto del estudio y lo vamos conociendo mejor.

La investigación cualitativa, como toda investigación, precisa realizarse con un rigor metodológico. Para Morse (1994) el rigor en este tipo de investigación viene dado por varios procesos entre los que destaca la adecuación de la selección de datos al marco teórico del estudio, la obtención de datos desde múltiples fuentes y métodos, la incorporación de documentación que permita reconstruir el proceso por el cual el equipo investigador llega a las conclusiones o la participación de otros expertos. Este rigor ha de venir acompañado según otros autores (Robles, 2000, Janesick, 2000; Chesney, 2001; Malterud, 2001) de una explicitación del proceso reflexivo que permita identificar las estrategias seguidas en el proceso y las motivaciones que llevan a aquéllas.

En este estudio se ha utilizado la triangulación de fuentes y métodos. En cuanto a las fuentes, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando literatura nacional como internacional. Por otro lado, se han utilizado diferentes métodos de recogida de datos que van desde la búsqueda bibliográfica, el cuestionario sociodemográfico, la entrevista individual y grupal y el diario de investigación. Se buscó la saturación de la información, es decir, el momento de la investigación en el que las opiniones de los participantes se repiten, son redundantes y no se aportó información nueva.

Otro punto de información para la triangulación ha sido la opinión de expertos sobre el tema, tanto del ámbito geográfico estudiado, como de otras comunidades del territorio nacional y del extranjero, incluyendo para ello visitas cortas y estancias de mayor duración en Alemania, Suecia, Reino Unido y Brasil. Del propio proceso de investigación fueron surgiendo elementos de discusión que fueron presentados en foros de carácter nacional e internacional permitiendo con ello incorporar elementos para la triangulación.

7.2.3. MUESTRA INTENCIONAL

En el diseño cualitativo la muestra estructural implica la selección de los diferentes perfiles que componen la población de referencia y esta muestra estará formada por personas que van a representar a su grupo o población de referencia. Esta muestra de profesionales tiene que tener por tanto una estructura similar a la de la población general objeto de estudio, para que los resultados que obtengamos reflejen los diferentes puntos de vista (Prieto y March, 2002). El primer paso realizado fue el análisis de las características de la población y su estructuración atendiendo al grupo profesional al que pertenece. Además se incluyeron participantes que tuvieran posiciones de responsabilidad en el centro de salud. En dos casos las personas seleccionadas no estaban en el momento del estudio trabajando en Atención Primaria, pero las características profesionales y su experiencia fue considerada como una aportación muy útil al estudio.

De esta forma se definieron cinco grupos de profesionales que se incluyen en la organización Atención Primaria en Mallorca: profesionales de fisioterapia, trabajo social, enfermería, medicina de familia y pediatría. Estos grupos profesionales han sido seleccionados para participar en el estudio considerando que realizan o pueden realizar atención domiciliaria en Mallorca. El grupo de fisioterapeutas fue incorporado al considerar que su opinión es necesaria en cuanto a que el estudio hace referencia a un servicio relacionado directamente con la participación de este colectivo profesional. El siguiente paso seguido en el diseño del estudio fue definir los diferentes perfiles dentro de cada colectivo, elaborados a partir de la bibliografía revisada y de la información aportada por profesionales del ámbito de la salud y docentes universitarios que actuaron como informantes clave. En este sentido, la bibliografía recoge una diferente disposición del colectivo profesional hacia la intervención domiciliaria (Prieto et al, 2001; Sancho, 2002) por lo que este criterio fue considerado en la muestra intencional.

Además, la muestra intencional fue seleccionada teniendo en cuenta las características del centro de salud y la trayectoria profesional y formativa de la persona. En cuanto a las características del centro, se tuvo en cuenta el sector de salud, la ubicación geográfica (ámbito urbano y rural), número de profesionales que intervienen en el centro y la existencia o no de unidad de fisioterapia. En cuanto al perfil profesional se seleccionaron personas con diferente grado de experiencia en Atención Primaria y en otros ámbitos de salud.

En el caso concreto de colectivo de trabajo social, fueron seleccionadas personas pertenecientes a Atención Primaria y a los Servicios Sociales de los ayuntamientos, teniendo en cuenta que a excepción de la ciudad de Palma de Mallorca, los otros centros de salud no cuentan con unidades de apoyo de trabajo social en sentido propio. Por lo tanto, ambos perfiles son considerados, aunque por su naturaleza contractual no pertenecen todas las personas seleccionadas pertenecen al sistema de Atención Primaria. En el curso de la investigación también fue necesario incorporar otros profesionales de la administración de servicios sociales relacionados con el Servicio de Ayuda a domicilio, a fin de contrastar y saturar informaciones surgidas en el curso de las entrevistas.

El número de participantes de la muestra intencional fue de 54 profesionales. Del total participantes, 30 profesionales participaron en la fase de entrevistas individuales y 24 en las entrevistas grupales. Por grupo profesional, se seleccionaron finalmente 12 profesionales de fisioterapia, 21 profesionales de enfermería, 9 profesionales de medicina de familia, 6 profesionales de trabajo social, 3 profesionales pediatras y 3 profesionales relacionados con la gestión y provisión de los servicios de ayuda a domicilio de diferentes ayuntamientos.

La tabla siguiente recoge el número total de participantes, así como el número según el grupo profesional y según el tipo de participación en este estudio.

<i>Grupo Profesional</i>	<i>Número de Participantes</i>	<i>Entrevista Individual</i>	<i>Entrevista Grupal</i>
Fisioterapia	12	8	5
Enfermería	21	6	14
Medicina de Familia	9	5	4
Trabajo Social	6	5	1
Pediatría	3	3	0
Prof. admin. Serv.Sociales	3	3	0
Colectivo entrevistado	54	30	24

Tabla 6. Número y distribución de Participantes

De esta forma, la muestra seleccionada para las entrevistas individuales (n=30) está compuesta por 8 profesionales de fisioterapia, 6 profesionales de enfermería, 5 profesionales de medicina de familia, 3 pediatras, 5 profesionales de trabajo sociales, y 3 profesionales de servicios sociales relacionados con la gestión y provisión de los servicios de ayuda a domicilio de diferentes ayuntamientos. En cuanto a las entrevistas en grupo (n=24), fueron realizadas 3 Díadas, 3 Tríadas y 2 Grupos Focales. El grupo de pertenencia de los profesionales fue de 5 profesionales de fisioterapia, 14 profesionales de enfermería, 4 profesionales de medicina de familia y 1 profesional de trabajo social. La distribución del colectivo profesional en las entrevistas en grupo se recoge en la Tabla7.

<i>Grupo</i>	<i>Díadas (3)</i>	<i>Tríadas (3)</i>	<i>Grupos Focales (2)</i>
Integrantes por grupo de entrevista	Medicina de F.	Fisioterapia	Enfermería
	Medicina de F.	Fisioterapia	Enfermería
	Enfermería	Enfermería	Enfermería
	Medicina de F.	Enfermería	Enfermería
	Enfermería	Enfermería	Fisioterapia
	Enfermería	Enfermería	Enfermería
		Enfermería	Medicina de F.
		Enfermería	Trabajo Social
		Enfermería	Enfermería

Tabla 7. Distribución de participantes en las entrevistas en grupo

El colectivo de enfermería y fisioterapia fue el reclutado en mayor número para el estudio. El grupo de profesionales de enfermería que trabaja en Atención Primaria es numeroso y realiza una gran parte de las intervenciones domiciliarias, por lo que la diversidad de opiniones en cuanto al tema requirió la incorporación de un número de participantes cuyos discursos permitiesen una exploración en profundidad. En el caso de del colectivo de fisioterapia, aunque el número total de fisioterapeutas es mucho menor, la variabilidad en el perfil profesional y la variabilidad en las características y funcionamiento de los centros también hicieron necesario incorporar este número al estudio para poder llegar a la saturación de sus informaciones.

7.2.4. RECLUTAMIENTO

El reclutamiento se realizó siguiendo la estrategia de informante clave de forma sucesiva y encadenada, también denominada como estrategia de bola de nieve (Krueger, 1994). Una vez seleccionada la persona se realizó un primer contacto telefónico presentando el estudio y la posibilidad de participar en él. En el caso de las entrevistas individuales se pactaba el lugar y la hora, generalmente la universidad y en algún caso el propio centro de salud, asegurando previamente una ubicación y una disponibilidad de tiempo suficiente para realizar la entrevista sin interrupciones.

Las entrevistas en grupo fueron realizadas en el recinto de la Universitat de les Illes Balears, en una sala cuyo acceso facilitó la confidencialidad, con buenas condiciones acústicas para la grabación y que permitió además servir un pequeño refrigerio antes y al acabar la sesión, facilitando condiciones óptimas para la recepción y desarrollo de la sesión (Krueger, 1994; Garcia y Mateo, 2000; Fernández de Sanmamed y Calderón, 2003).

7.2.5. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Previamente a la recogida de datos se volvió a presentar de forma oral y escrita el objeto de la investigación para el cual la persona había sido seleccionada. Se entregó además un consentimiento informado y se volvió a incidir en la posibilidad de renunciar a la realización de la entrevista, incluso en ese momento. Sólo cuando el consentimiento fue firmado, se dio por comenzada la sesión utilizando varias estrategias de recogida de información. La metodología utilizada para recoger los datos incluyó el cuestionario sociodemográfico, las entrevistas individuales/grupales y el diario de investigación.

1. El Cuestionario

De forma previa a las entrevistas se realizó a cada participante un cuestionario que permitía obtener datos de tipo sociodemográfico, profesional y formativo. Este cuestionario, además de facilitar el proceso de selección de los diversos perfiles, y aportar datos para la investigación, supuso un elemento generador de discurso, especialmente por las reflexiones que los profesionales hacían en cuanto a aspectos formativos y profesionales. El modelo del cuestionario sociodemográfico se incluye en el Anexo.

2. Las Entrevistas

La principal herramienta de obtención de datos ha sido la entrevista semiestructurada, tanto de forma individual como en grupo. Las entrevistas en profundidad son actualmente una de las técnicas de recogida de datos más utilizada, pues por sus características permite profundizar en las perspectivas de los participantes y ahondar en las conceptualizaciones de las que éstas derivan (Fontana y Frey, 2005). Para Fernández de Sanmamed y Calderón, (2003, p. 236) la entrevista individual tiene por objetivo *“que el entrevistado traslade al entrevistador dentro de su mundo, y le permita a éste entender la perspectiva-*

visión de la persona entrevistada”. Teniendo en cuenta el objetivo de este estudio en cuanto a hacer aflorar las distintas sensibilidades sobre el tema, la entrevista en grupo se consideró también muy oportuna en el diseño, permitiendo la interacción entre los participantes que la entrevista individual no puede ofrecer. Las entrevistas grupales fueron desarrolladas siguiendo la estructura de García y Mateo (2000), comenzando por la introducción y preparación del grupo, para pasar después al debate a fondo y finalmente la clausura. Las entrevistas individuales tuvieron una duración media de una hora, mientras que para las entrevistas en grupo la duración media se incrementó a una hora y cuarenta minutos.

En el desarrollo de las entrevistas individuales y grupales, las personas entrevistadas reflexionan sobre sus propios posicionamientos y pueden incluso cambiar su discurso a lo largo de la entrevista. Es por ello que se recogieron discursos de las mismas personas con ideas o planteamientos opuestos. Todo ello constituyó el corpus de datos discursivos de esta investigación, los cuales fueron analizados e interpretados (Pla, 1999). Las entrevistas individuales y grupales fueron realizadas hasta el momento en que se consideró que se había conseguido una saturación de la información. Las entrevistas fueron registradas con grabadoras digitales, dos de forma simultánea para asegurar la correcta recolección de los datos y evitar pérdida de información. El guión de las entrevistas individuales y grupales fue realizado en castellano y catalán, cuyo modelo se encuentra en el Anexo.

3. El Diario de Investigación

Además de los métodos de recogida de datos citada, fui construyendo un diario de investigación anotando las incidencias, dudas, sospechas, juicios y reflexiones. La literatura recoge el papel del diario de investigación, pues en su confección se produce una reflexión y análisis paralelo al proceso de registro (Gil, 1994). También las incidencias que conllevó la investigación fueron anotadas, las

dificultades, las cuestiones a tener en cuenta en las siguientes entrevistas, así como el cuestionamiento de mi propio rol como investigadora en el proceso. Los momentos previos y posteriores a la entrevista permitieron obtener una información apuntada también. En las entrevistas en grupo, además del papel de moderadora efectuado por la investigadora, fue muy relevante el papel de una observadora que anotó las características de las sesiones, la dinámica interna y otras cuestiones acontecidas durante el proceso. Las anotaciones percibidas por ésta, así como mis propias impresiones fueron compartidas y comentadas después de la sesión. Este proceso facilitó la estructuración de las siguientes sesiones, así como la inclusión en las transcripciones de las matizaciones del lenguaje verbal y también los aspectos de lenguaje no verbal, silencios y otras expresiones y actitudes que habían surgido en transcurso de la entrevista y que habían sido anotados durante ésta.

7.2.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se ha utilizado el análisis del discurso para rescatar con ello las construcciones sociales que subyacen en lo que el colectivo entrevistado dice (Iñiguez, 1999). El discurso lo constituyen no sólo ideas, formas de pensar y formas de hablar, sino también prácticas, relaciones sociales e institucionales. Por lo tanto, constituye tanto una forma específica del uso del lenguaje como una forma específica de interacción social, siendo también analizado desde múltiples perspectivas y escuelas tanto desde las ciencias sociales o de las humanidades como desde la psicología (Antaki et al, 2003).

Así, el discurso se interpreta como un evento comunicativo completo en una situación social (Van Dijk, 1989). En palabras de Iñiguez y Antaki (1994) representa un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. Wheterell y Potter (1996) otorgan además al discurso un carácter constructivo que tiene consecuencias prácticas, contruye la realidad vivida. Ello puede permitir un análisis crítico de la ideología que subyace y sus

consecuencias en el contexto, lo cual ha llevado a algunos autores (McLure, 2003; Renkema, 2004) a denominarlo como análisis crítico del discurso, pues con ello se especifica con mayor claridad que el análisis no es neutral o libre de valores.

Una primera parte del análisis y la interpretación de la información se produjo de forma paralela a la recogida de la información durante las entrevistas. La observación de la interacción y la atención a lo que el lenguaje está haciendo y lo que las personas hacen mediante el lenguaje, supone realizar una interpretación (Garay, Iñiguez y Martínez; 2005). En palabras de Cortés y Camacho (2003), las palabras son el primer escalón para construir y entender significados que quedarían incompletos sin las circunstancias. Por ello, un segundo momento de análisis e interpretación se produjo en relación con el uso del diario de investigación, haciendo explícito el proceso reflexivo en el proceso de recogida de la información.

De forma abstracta, los datos en la investigación cualitativa se refieren en esencia a personas, objetos y situaciones. En este sentido, las experiencias son convertidas en palabras, típicamente compiladas en textos (Huberman y Miles, 1994), cuyo proceso de transcripción supone también una fase de análisis (Silverman, 2003). Finalmente, el análisis de las transcripciones de las entrevistas se realizó analizando el material verbal en su corpus conversacional, rescatando los efectos discursivos de los textos (Iñiguez y Antaki, 2002). Fueron seleccionados y analizados aquellos textos que constituyen discursos, lo cual para Iñiguez (1996) sólo puede ser atribuido a los enunciados emitidos desde posiciones determinadas, inscritos en un contexto interdiscursivo específico y reveladores de condiciones históricas o sociales determinadas. Para la autora, lo que convierte a un texto dado en un discurso es el hecho de que define en el espacio social una cierta posición enunciativa que se puede contextualizar históricamente. Por este motivo, se analizaron también aspectos como la espontaneidad, la duda, la coincidencia y la divergencia en las ideas presentadas, incluyendo en el análisis los silencios y los aspectos generadores de emoción.

A partir de sucesivas lecturas e interpretaciones fui segmentando la información y realizando una categorización abierta, construyendo las categorías a la par que se realizaba el análisis (Gil, 1994; De Andrés, 2000). La primera versión del proceso interpretativo fue seguido de nuevas lecturas del material, reorganizando las categorías y subcategorías, integrando unas y diferenciando otras. Finalmente se llevó a cabo un proceso de síntesis a través de una nueva reorganización y comprensión de los resultados, que facilitó una agrupación de éstos en bloques temáticos para su presentación final en el capítulo octavo.

7.2.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio hace referencia a cuestiones de salud, aspectos sociales y educativos en referencia a Atención Primaria y la atención domiciliaria realizada por diferentes colectivos profesionales, incluyendo sólo una parte de estas amplias cuestiones. En este sentido, el estudio está delimitado por tanto a un nivel de la intervención en salud, al segmento de las consideraciones sociales que interactúan con la Atención Primaria y a la educación superior en lo que se refiere a la formación de profesionales de salud.

Apunto como una posible limitación de este estudio la selección del colectivo entrevistado puesto que para esta selección se han utilizado las referencias de los informantes clave. Ello por un lado puede asegurar que las informaciones aportadas se hallen basadas en prácticas profesionales y trabajo de campo, pero por otro, puede haberse visto influidas por la consideración de los informantes sobre el tema. Para intentar que este límite no comprometiera el estudio, se buscaron informantes clave con reconocida trayectoria profesional, procedentes de distintos campos de actuación y de grupos profesionales. La muestra intencional está delimitada a las aportaciones de unos grupos concretos de profesionales que intervienen en el contexto y ámbito territorial de la Atención Primaria en Mallorca. Un aspecto limitante en cuanto a la muestra intencional, ha

sido la escasa participación de uno de los grupos profesionales, considerando gran parte de las personas contactadas que su contribución no era relevante para el estudio. A pesar de ello, el colectivo entrevistado permitió una comprensión de su importancia en la composición del equipo de salud. El hecho de delimitar la muestra a profesionales de Atención Primaria exigió que otros actores en el entorno de la atención domiciliaria se quedaron fuera del estudio como los propios usuarios y quienes les cuidan, familias y trabajadores familiares. Este hecho apunta a la amplitud del tema escogido, a la pertinencia de los estudios ya realizados y a la necesidad de otras investigaciones que consideren las perspectivas de estos actores.

En cuanto a la metodología, reconozco por tanto que, aunque el tamaño de los grupos pueda a priori parecer una limitación para algunas personas, según otros autores ya citados anteriormente y mi propia experiencia en este estudio, estos grupos pequeños han permitido obtener una interacción de los integrantes registrando a la vez un grado importante de profundidad. Si bien está recogido en la literatura (Krueger, 1994) que los grupos más numerosos podrían en principio generar mayor interacción entre los participantes, el nivel de profundización requerido se facilitó al configurar grupos pequeños e incorporar otras distintas perspectivas con un número de entrevistas individuales que permitiese llegar a la saturación.

Para garantizar que los participantes pudieran expresarse libremente, contar sus experiencias y sus opiniones sin sentirse coartados se intentó que las personas no se conocieran entre sí. En algún caso sin embargo, teniendo en cuenta que la población de referencia es relativamente reducida y también la movilidad laboral del colectivo de Atención Primaria (que frecuentemente han trabajado en más de un centro), fue una condición difícil de controlar. Sin embargo, a tenor de la participación y de las opiniones vertidas no parece que este factor haya sido un elemento de limitación a la hora de expresar los puntos de vista, aunque no puedo asegurar que este aspecto no les influyó.

En el transcurso del estudio se buscó una coherencia entre los objetivos, la metodología de recogida de datos y su análisis. Ello, si por un lado ha permitido la exploración y profundización en determinados aspectos, por otro lado ha limitado otras posibilidades que los datos ofrecían, lo que permite asegurar que el tema puede ser explorado con otros estudios.

Finalmente, un elemento que ha influido en el devenir de la investigación han sido los cuestionamientos y reflexiones surgidas en base a mi propia formación como fisioterapeuta y docente en fisioterapia. Soy consciente de que mi perfil profesional podría haber sido también un condicionante para las personas entrevistadas. Las respuestas a algunas cuestiones podrían haberse visto influenciadas por la consideración del colectivo participante respecto a mis expectativas. Para evitarlo, me presenté como profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, adoptando el posicionamiento indagador de quien no tiene una idea formada sobre el tema y precisa de las entrevistas para adquirir este conocimiento.

El guión de la entrevista fue detalladamente analizado para no influir en las respuestas y ninguna de las personas entrevistadas conocía de forma previa mi opinión sobre el tema. Tampoco se facilitó esta información al final para evitar su influencia en otros participantes de entrevistas posteriores. Aunque algunas personas del colectivo entrevistado buscaron con sus comentarios y gestos señales de aprobación respecto a sus posicionamientos, también con gestos o verbalmente manifesté la imposibilidad de vertir mis opiniones durante la entrevista. No obstante, a pesar de las precauciones, el intento de agradarme con las respuestas durante la entrevista podría haberse producido insospechadamente, no pudiendo asegurar que no les influyó mi perfil profesional.

7.2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Recientemente emerge en la literatura un cuestionamiento en referencia a la bondad atribuida a la investigación cualitativa de manera acrítica (Gastaldo y Mckeever, 2000; Figueroa, 2002; Christians, 2005). En esta investigación se ha pretendido ajustar el proceso a los principios éticos que eviten los riesgos que la investigación puede suponer. En este sentido, la participación del colectivo entrevistado en el estudio se ha realizado previa información de los objetivos del proyecto, de la institución a la que pertenece la investigadora, así como del procedimiento de la investigación y los beneficios esperados⁷.

Por tanto, aunque el conocimiento que se esperaba obtener se encamina a la orientación en políticas de salud, educativas o sociales, también se explicó que como investigadora no podía garantizar que este estudio tuviese un efecto directo en cuanto a su situación profesional, la organización o la implementación de algún servicio. En este sentido, la literatura recoge la existencia de una fragmentación entre los órganos de decisión política o legislativa y la investigación cualitativa, aunque ésta podría potencialmente contribuir y asesorar a quienes toman decisiones que afectan a la comunidad (Rist, 2003).

Cada una de las personas entrevistadas firmó un consentimiento informado en el que se incluían los aspectos referentes a la investigación de forma escrita, de nuevo resaltando los aspectos del anonimato de su participación y la confidencialidad de sus aportaciones. Toda la información referente a la investigación se haya almacenada bajo llave y en ordenadores con clave de acceso disponibles únicamente a la investigadora.

⁷ El diseño del estudio contó con la autorización para su desarrollo de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, previo informe de la Comisión de Investigación de esta institución. Además el estudio cuenta con el informe positivo de la Comisión de Investigación y la Comisión de Bioética de la Universitat de les Illes Balears.

Los aspectos éticos también se han tenido en cuenta en el momento de presentar los resultados del estudio, asumiendo la fragilidad a la que se expone la persona que acepta ser entrevistada (Figueroa, 2002). Por este motivo se han eliminado las referencias que pudieran identificar al colectivo entrevistado. Algunos ejemplos, nombres o datos no se han incluido en las citas de los resultados porque podrían poner en evidencia a la persona que ha participado en la entrevista.

CAPÍTULO 8. LOS RESULTADOS

La literatura apunta que es importante presentar los resultados de la investigación de forma que permita identificar tanto como sea posible no sólo los datos que emergen del estudio, sino también el proceso de análisis seguido y su interpretación (Mays y Pope, 1995). Para Janesick (1994), la persona que investiga, como un coreógrafo en un baile, debe encontrar la manera más efectiva de contar los resultados de la investigación, mientras que para Richardson y Adams (2005) existen diferentes maneras de escribir los resultados de la investigación cualitativa en virtud de la audiencia esperada y la ocasión en que se presentan.

La opción elegida para presentar los resultados de esta investigación es el relato de forma secuencial, ilustrándose éste con citas originales de los discursos (Mays y Pope, 1995). En este sentido, algunas de las citas recogen percepciones individuales, mientras que otras ilustran la interacción entre los participantes de los grupos, iluminando el impacto de la dinámica grupal (Kitzinger, 1995). En los dos primeros bloques temáticos se incluyen las consideraciones surgidas en sus discursos en cuanto a la atención domiciliaria en Atención Primaria y a sus experiencias en este entorno, para aproximarnos posteriormente a las cuestiones las cuestiones relativas a la fisioterapia en el entorno domiciliario.

Estos resultados son presentados en dos apartados diferenciados, los bloques tercero y cuarto, incluyendo en el primero las consideraciones de la fisioterapia domiciliaria y en el segundo las estrategias apuntadas para su desarrollo en el contexto. El último bloque hace referencia de forma explícita a aspectos que no han aparecido durante las entrevistas y también a aquellos elementos que han suscitado o generado reacciones especialmente emotivas en el colectivo entrevistado.

La presentación de los resultados se desarrolla de forma agrupada y no separadamente, por lo que no se utiliza como criterio diferenciador el grupo profesional. El objetivo de esta investigación y por tanto el modo de presentación de los resultados, no incide especialmente en establecer diferencias de opinión entre los grupos profesionales de pertenencia del colectivo entrevistado. Por ello, únicamente en algún momento en particular se hace referencia al grupo profesional, entendiendo que la revelación de este dato tiene un significado por sí mismo dentro del contexto interdisciplinar de Atención Primaria.

Las citas se refieren a los datos recogidos tanto de forma individual y grupal, y el hecho de no especificar el profesional que hace la cita permite garantizar con más seguridad el anonimato y cumplir con los requisitos de la confidencialidad en la investigación. Entiendo que esta forma de presentación cumple más directamente los objetivos de planteados y el tema investigado, dando más énfasis a lo dicho y al por qué se ha dicho en referencia al contexto estudiado, que a quién lo ha dicho⁸.

Cada bloque temático es iniciado con una primera mención a las categorías que se incluyen en ese bloque, perfilando a continuación los diferentes elementos discursivos de forma más detallada. De esta manera, los distintos segmentos del análisis son señalados en el texto en estilo de fuente negrita.

⁸ Las citas incluyen en formato cursiva y entrecomillado la verbalización de situaciones vividas o simuladas, así como las argumentaciones que evocan pensamientos o percepciones expresadas de otras personas. La reproducción de interacción grupal se realiza utilizando las primeras letras del abecedario para la identificación de las personas. Entre paréntesis y en cursiva se incorporan elementos que permiten identificar la forma del discursos o el contexto del cual deriva la cita.

8.1 CONCEPCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

Sobre las consideraciones de la Atención Primaria surgen de los discursos algunos elementos que nos permiten un análisis interpretativo más profundo, acorde con los principios de la Atención Primaria de Salud, las recomendaciones internacionales y la tendencia futura en la orientación de las políticas. A ellas dedico una atención especial, presentando una síntesis de los discursos acompañadas de una selección de citas que pueden ilustrar mejor los resultados que se presentan. Hacen referencia a elementos conceptuales de la Atención Primaria referidos por el colectivo entrevistado y relacionados con la filosofía de este modelo de Atención, el papel de la atención domiciliaria en este modelo y su rol profesional.

Las consideraciones acerca de la atención domiciliaria son apuntadas por gran parte del colectivo entrevistado haciendo referencia a una práctica profesional propia de la **filosofía** de Atención Primaria. En general aflora de los discursos la consideración de la intervención en el domicilio como un elemento constitutivo del perfil comunitario de los equipos de salud. La cita siguiente ilustra esta concepción, incluyendo más adelante los elementos que integran esta perspectiva general.

Creo que la filosofía de atención primaria es muy diferente que la de especializada ...o sea que...no quiere decir que sea ni mejor ni peor, porque cada cosa necesita lo suyo, pero la filosofía de primaria pues es diferente que la de especializada. (...) Filosóficamente es diferente porque la enfermera de primaria ha de tener un perfil de enfermera comunitaria.

Además, su papel es apuntado como la **puerta de entrada** del sistema sanitario y como referencia para las áreas especializadas, funcionando como un lazo entre la comunidad y la atención especializada.

En este sentido, de los aspectos esenciales con que conceptualizan sus prácticas en la Atención Primaria es la **longitudinalidad** en la atención uno de los aspectos especialmente señalados. Aunque para algunas personas, esta longitudinalidad incluye la intervención en otros ámbitos como las escuelas o los entornos laborales, en general otorgan a la intervención domiciliaria el principal ámbito de desarrollo de esta característica de la Atención Primaria.

Yo pienso que los profesionales de salud de atención primaria somos esenciales dentro de la comunidad, somos esenciales, creo que somos la puerta de entrada a atención primaria y la puerta de salida de especializada, o sea, y...y dentro de la atención domiciliaria, creo que somos un puntal...importante para dar continuidad.

Apuntan los discursos al papel de la Atención Primaria como punto de entrada al sistema sanitario. De esta forma el modelo es considerado como un **nivel de asistencia** esencial, enlazando este aspecto con la cuestión de la accesibilidad, sobre todo para grupos más vulnerables. La **accesibilidad** al sistema sanitario se refleja generalmente en referencia a la facilidad o no de las personas para desplazarse al centro de salud, aunque en también apuntan a la posibilidad de disponer de profesionales de salud allí donde la persona está ubicada.

Y porque estás dando un servicio,...un servicio sanitario que si no lo das tú no lo da nadie...hay un grupo de población que le es más difícil tener este servicio, porque otros tienen atención hospitalaria...pero la atención en el domicilio es de atención primaria ¿no? y si no lo das tú nadie lo da...y yo creo que todo esto te da...te da la satisfacción también de dar aquella faceta, dar esta parte de la atención que es muy de atención primaria ¿no? es posiblemente una de las cosas...hombre... una de las cosas que diferencia la atención primaria de otros, de otro ámbito de atención.

Otras personas entrevistadas al hacer una reflexión sobre la atención domiciliaria en Atención Primaria la identifican como una cuestión **intersectorial**, apuntando a otra de las características de la Atención Primaria.

La atención domiciliaria **integrada** aparece en sus discursos, destacando la consideración de la atención domiciliaria como una práctica sociosanitaria:

Que es muy necesaria hoy en día teniendo en cuenta que tenemos la idea de que la atención al paciente tiene que ser sociosanitaria y que haya rehabilitación y todo lo necesario a domicilio. Es necesario. Bueno, quien no entienda que tiene que estar, que un paciente tiene que estar atendido a domicilio, es que ya no tiene una idea clara de lo que es un proceso sociosanitario y una necesidad sociosanitaria.

Apuntan como una característica importante a destacar la posibilidad de ofrecer un cuidado **integral** a las personas y también a la familia, permitiendo de esta forma conocer la realidad en que viven las personas. Señalan que las características de esta intervención permite intervenir en el entorno propio de las personas, incluyendo en la consideración del entorno los aspectos como socioeconómicos o emocionales, para conocer los recursos con que vive la persona o para identificar sus hábitos, más allá del aspecto exclusivamente físico o estructural del domicilio.

Es importante y necesaria porque cada vez hay más gente dependiente, pues que si se les puede dar la atención en el domicilio y también que conoces, no sólo dar la atención sino que conoces el ambiente alrededor del paciente, las ayudas que puede tener, cómo tiene el domicilio...es decir una atención más integral y a medida de que cada vez la media de la población va aumentando más, pienso de que cada vez será más importante.

Aún hablando del entorno, señalan un elemento conceptual imbricado en el modelo de Atención Primaria como es la integralidad, señalando cómo la intervención domiciliaria les permite identificar mejor las **necesidades de salud** de las personas. Esta práctica permite según el colectivo entrevistado, una proximidad de los profesionales a cuestiones del entorno y de la persona que no está percibido en las consultas regulares del centro de salud. Destaca en esta cuestión algunas aportaciones en las que se señala en que sentido la visita domiciliaria les permite ubicarse en un entorno natural a diferencia del entorno artificial que supone una consulta o un despacho.

La posibilidad de conocer más detalles sobre la vida de la persona coloca a los miembros del equipo en una **relación interpersonal más cercana**, que permite el desarrollo de una confianza que beneficia tanto a la persona atendida y a quien le atiende.

Es importante para ellos también porque así ellos también nos ven a los profesionales más cercanos. Una consulta no deja de ser un ámbito muy oficial y de alguna manera, el que nosotros vayamos y estemos formando parte de su vida también nos acerca mucho más a ellos. Ellos establecen unos vínculos mucho más cercanos. No es solamente diez minutos, una receta, unas preguntas, una educación...sino que te permite más cercanía y llegar a más.

Te haces una idea del caso mucho más...concreto, o sea mucho más... no sé como decirte, como que si vieras ahí realmente lo que hay en el domicilio.

Como se ha señalado, la intervención domiciliaria en Atención Primaria es considerada como una atención que les permite obtener más informaciones sobre la realidad de la persona. Los discursos apuntan a que la obtención de estas informaciones forma parte de la actividad profesional una vez que están ubicados en el domicilio, mientras para otros es el motivo esencial para generar visitas por el propio profesional, señalando como característica en este modelo de atención realizar una anticipación a la demanda. En este sentido, plantean la intervención domiciliaria como una **intervención activa**, donde el equipo profesional toma la decisión de intervenir más allá de las demandas que las personas o sus familias expresan en el centro de salud. De esta forma, la atención domiciliaria es considerada como una necesidad para la práctica profesional en un modelo de Atención cercano a la ciudadanía.

A ti te puede venir una persona aquí, estar hablando tres horas con él o con ella con quien sea, con esa persona y como que se te escapan a veces cosas y tú dices hay algo que no me cuadra, hay algo que no me cuadra, vas al domicilio y lo ves. Lo que no te cuadraba lo ves, lo que no se dice se palpa, se ve y si más allá te encuentras con algún familiar o... ves perfectamente como viven y como se mueven y tal.

Una de las características de la Atención Primaria, es la organización en **equipos interdisciplinarios**. Se diferencia en los discursos distintos colectivos profesionales que intervienen en la atención domiciliaria, incluyendo profesionales sanitarios y no sanitarios. Algunos discursos ilustran esta interdisciplinariedad identificando un núcleo central y un colectivo de profesionales de apoyo. Así, se manifiesta la consideración de que el núcleo principal en la atención domiciliaria lo representa el colectivo de enfermería y medicina de familia. La cita siguiente ilustra esta posición:

Yo como lo veo es, que el núcleo central sea integrador de toda la atención que se le hace al paciente, en este caso domiciliaria, también de los pacientes que están en consulta, en este caso domiciliaria porque no se pueden desplazar, que serían el médico de familia y la enfermera de atención primaria, que prestan una atención...entonces, y que después que pueda haber una cierta...que pueda haber una atención en aspectos más concretos, específicos para distintos profesionales.

Sin embargo, también se verbalizaron otras posiciones, emergiendo de otros discursos la consideración de que la interdisciplinariedad en la atención domiciliaria debe integrar los distintos profesionales en el mismo nivel, más allá de un apoyo de tipo específico a los microequipos de medicina de familia y enfermería.

Que los equipos no son sólo médicos y enfermeras, que hay otros profesionales que podemos aportar mucho.

Se ha comentado que en general los discursos apuntan a la atención domiciliaria como parte inherente a su **rol como profesionales de Atención Primaria**. Aunque para la mayoría, el modelo de Atención Primaria y la conceptualización de la atención domiciliaria hace que esta intervención sea una función inseparable de los equipos de salud del centro, han aparecido de forma minoritaria discursos abiertos a otras interpretaciones de la atención domiciliaria. De esta forma, algunos discursos apuntan a una independencia entre la actividad en el centro de salud y la intervención domiciliaria, por lo que se manifiesta la práctica

domiciliaria como un elemento no constituyente de su intervención profesional en Atención Primaria, sino una **atención excepcional**. Hacen referencia a las ventajas atender a las personas en los centros sanitarios frente al ámbito domiciliario. Apuntan los discursos las mejores condiciones de infraestructura, señalando que ello repercute también en la calidad de los procesos de intervención.

En pediatría...en un porcentaje enorme...yo diría en un noventa por cien de...situaciones médicas, no es necesaria. Los pediatras de hecho, respecto al tema de los domicilios, por diversos motivos, hemos logrado no hacer domicilios, que antes se hacían...

Finalmente, en cuanto a la consideración general de la Atención Primaria domiciliaria, apuntan algunos discursos que su carácter longitudinal y continuado no impide que otros grupos profesionales realicen una **atención domiciliaria exclusiva**. A ellos se refieren como equipos especializados, pudiendo intervenir paralelamente desde la Atención Primaria o desde otras instituciones del ámbito de salud. Esta consideración aparece argumentada a tenor de las limitaciones del primer nivel de atención para ofrecer toda la cobertura de una atención continuada, poniendo de manifiesto una consideración de la Atención Primaria diferenciada según el tipo de intervenciones a desarrollar o el nivel de recursos en la organización.

Yo creo que sí que la mayoría...o sea, pero no...en el sentido de que no tiene porque ser todo de primaria. Siempre he creído que puede haber servicios especializados de rehabilitación o de casos en concretos de enfermedades en concretas y tal que puedan ser atendidos en sus domicilios como esto que dicen hospitalización a domicilio y tal. No, no tiene porque ser de AP, que recae la gran mayoría sobre AP es lógico. Estamos trabajando ahí, en la barriada, estamos en la calle pero no tiene porque ser exclusividad de AP. Realmente, tendría que haber equipos especializados en cosas en concreto para poder atender a domicilio. AP no puede con todo.

El colectivo entrevistado se refieren a la importancia la atención domiciliaria dentro de la Atención Primaria específicamente para aquellos casos en que las personas sufren una patología o secuelas de la misma y que de esta forma no pueden desplazarse hasta un centro de salud. La consideración del **filtro** a la atención domiciliaria, estuvo presente en gran parte de los discursos del colectivo entrevistado, y todas las categorías profesionales. En cuanto a las **actividades**, aunque en algún momento se comenta el papel preventivo en referencia a la conceptualización de la Atención Primaria domiciliaria, los discursos se orientan preferentemente a la justificación de esta intervención cuando ya la persona tiene instaurado con un cuadro patológico. Estas consideraciones nos encaminan a la segunda parte, donde se analiza este y otros aspectos en relación a las experiencias y vivencias del colectivo entrevistado en torno a la atención domiciliaria .

8.2 EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

Al preguntar sobre las experiencias vividas en la atención domiciliaria el colectivo entrevistado incide especialmente en características de la intervención en relación en el proceso patológico que afecta a las personas que visitan. Relatan sus intervenciones incluyendo aspectos de la atención directa y también intervenciones de valoración de la persona y su entorno, educativas y de asesoramiento. En este sentido señalan elementos que caracterizan la intervención en el entorno domiciliario, explicando las diferencias con la intervención en el centro de salud y también las diferencias entre las zonas rurales o zonas urbanas. Los profesionales indican un nivel diferenciado de las demandas, provoca diferentes estrategias de actuación como atención urgente, a demanda y programada. Emerge de sus discursos aspectos que identifican como necesidades de las personas en su domicilio, las cuales justifican sus prácticas, pero también apuntan otros aspectos que no consideran como necesidades en salud, por lo tanto no susceptibles de su intervención.

Es importante destacar entre las experiencias y vivencias, la coincidencia en los discursos en cuanto la importancia otorgada a la disponibilidad de los recursos de apoyo formal e informal. El espacio domiciliario trae para las personas participantes la cuestión de las relaciones familiares, la pervivencia del núcleo familiar y una comprensión más amplia del entorno, comprendiendo no sólo las características físicas del ambiente sino las relaciones que se producen en él. La familia es considerada no sólo en sentido biológico sino especialmente en su sentido social, incluyendo de esta manera a aquellos que se sienten y son sentidos como familia, como vecinos o amigos. En algunos casos, los discursos apuntan la consideración como profesionales pero también como personas integradas como parte de la familia. Además, otros aspectos referidos por el colectivo entrevistado y también incluidos en este bloque temático, hacen referencia a la organización de la Atención Primaria en cuanto a la atención domiciliaria. La intersectorialidad, las políticas y su valoración son temas que también surgieron en el curso de las entrevistas y aparecen manifestados en sus discursos.

Como se ha señalado al inicio de este bloque, el colectivo profesional entrevistado hace referencia a personas afectadas por patologías crónicas, generalmente ancianos como grupo diana de sus intervenciones. De forma mayoritaria, el **proceso patológico** es el que se señala como motivo principal que provoca la intervención domiciliaria. De esta forma, el proceso patológico caracteriza en muchos casos tanto a las personas atendidas como a las acciones desarrolladas por los miembros del equipo de salud. Estas dos citas ilustran esta consideración.

El perfil mayoritario de los programados son gente mayor...mayor que está...o ha tenido una fractura de cadera, un ACV o bien...que ya no pueden salir. La mayoría es esto.

Normalmente el criterio de inclusión son inmovilizados o paliativos. Y entonces los inmovilizados pues ¿que hacemos?...pues, normalmente son gente mayor y seguimos sus procesos crónicos.

Fue posible percibir que las acciones están dirigidas principalmente para la atención de personas mayores y a ellas se refieren como **dependientes o con dificultades para desplazamiento** hasta el centro. En este sentido, citan de forma destacada los procesos crónicos que requieren atención durante largos períodos o intervención con personas que han sido dadas de alta de la atención especializada.

La mayoría es problemas de movilización. La mayoría de los casos son problemas para realizar las tareas básicas, actividades básicas de la vida, actividades básicas...vamos...tareas domésticas y problemas de también instrumentales, desplazamientos, movilizaciones, todo. Los domicilios que nos encontramos nosotros es 90% de tercera edad con problemas para desenvolverse dentro del domicilio.

Puede ser un domicilio en un tiempo no perdurable, sino puede ser un paciente que está operado de una fractura de cadera y durante ese tiempo tiene que estar en el domicilio, que no quiere decir que a lo mejor en un mes los cuidados no puedan ser ya en el centro de salud, ¿no?

Gran parte del colectivo entrevistado señala las repercusiones que las afectaciones patológicas producen en las personas, comprometiendo con ello su autonomía personal. De esta forma señalan cómo influye a las personas en el desarrollo de las actividades de la vida diaria o en las relaciones sociales. En referencia a la **autonomía personal**, critican especialmente las que denominan como altas precoces realizadas desde la atención especializada.

Relatan que estas altas están centradas exclusivamente en el proceso patológico y en la contención de costes al nivel especializado, pero que no siempre tienen en cuenta las condiciones en que la persona atendida desarrolla su vida. Emerge de los discursos la consideración de que en algunos casos enviar a casa a las personas puede empeorar su estado de salud y comprometer para el futuro su autonomía o sus relaciones sociales en general.

De esta forma, procesos relativamente sencillos desde la perspectiva de la atención especializada, pueden transformarse en procesos complejos donde lo sanitario y lo social se implican.

Pero entonces, *“de qué sirve que le cures”*,...vale muy bien, le has operado muy bien, ¿eh? le has operado perfectamente, a éste, por ejemplo, le has cambiado la rodilla, ¿eh? Qué bien, esto lo has hecho muy bien ¿eh?,...¿y?... Si después el señor vive en un segundo sin ascensor, que no tiene a nadie que le ayude, o sea...que...sabes? (...) y tú dices *“¿qué se creen...que fuera el mundo es de color de rosa?”*

Fracturas de cadera, fracturas de rodilla, los operan y para casa. En algunos casos, pues perfecto, no hay mayor motivo para estar en una unidad de agudos, están intervenidos y se acabó el tema, pero en la gran mayoría de los casos, se complica esa fractura de cadera entre comillas, no grave, o una fractura de rodilla, con un problema de vejez, pocos recursos...familiares...sociales, deficiencias sensoriales, de red social...muchísimas cosas...

En relación con las altas precoces, además de las consecuencias negativas para las personas que no disponen de recursos y apoyos, algunos discursos apuntan a una carga añadida para el colectivo profesional de Atención Primaria, que ha de realizar intervenciones que consideran propias de una fase postquirúrgica hospitalaria. Sugieren la necesidad de una mayor coordinación entre niveles de atención previo a la concesión de las altas hospitalarias, que les permita considerar conjuntamente la idoneidad del alta rápida en relación a las condiciones en que vive la persona en su contexto.

Desde esta posición se resalta el perfil de los miembros de los equipos de salud como poseedores de un conocimiento contextualizado de las situaciones en que viven las personas, y con ello su posición clave en el asesoramiento para la toma de decisiones a nivel especializado.

Sus discursos apuntan al papel de la Atención Primaria en la identificación del efecto de **determinantes sociales de la salud** como la falta de recursos socioeconómicos o de apoyos familiares y sociales que afectan especialmente a las personas más vulnerables como las personas mayores o personas con discapacidad y dependencia.

Una inmovilización que no tiene porque ser total porque a lo mejor inmovilización supone que esa persona no puede bajar una escalera y esa persona vive en un piso sin ascensor.

Lo sanitario puede ser más o menos grave, pero muchas veces...lo social...hace que lo sanitario sea mucho más grave...te lo complica todavía más.

Dentro de las **actividades realizadas en el domicilio** generalmente inician sus discursos señalando intervenciones directas con la persona que origina la demanda y en relación con el proceso patológico en concreto. Apuntan también actividades educacionales, de escucha y asesoramiento, y aunque éstas aparecen señaladas con frecuencia, suelen presentarse en un segundo lugar, acompañando a las prácticas principales en relación a la patología. Sin embargo, algunas de las personas entrevistadas manifiestan que son estas actividades citadas generalmente de forma secundaria, las más importantes en la intervención domiciliaria. La siguiente cita ilustra la progresión en la forma generalizada de detallar las actividades, desde la faceta más preventiva a la intervención directa, especialmente de control y seguimiento, acompañada de otras actividades centradas en el aspecto relacional.

También con personas con movilidad limitada pero que si que son autónomas en el domicilio, prevención de caídas en personas mayores es muy importante porque una caída arrastra luego muchos problemas detrás, agrava mucho la situación,...también se hace mucho control de glucemia, si esa persona tiene una patología de Atención Primaria y muchas veces actitud de escucha, simplemente.

De los discursos se percibe dos **tipos de prácticas en la intervención domiciliaria**. La mayoría explica sus intervenciones como una intervención integral, mientras que otras personas entrevistadas refieren sus experiencias como una intervención de índole técnico, simplemente en un entorno diferente al del centro de salud. Una mirada más profunda muestra que los discursos que explican intervenciones en el domicilio en sentido amplio, van acompañados de referencias que incluyen además de las actividades que realizarían en la consulta, otras intervenciones en relación con el contexto domiciliario. En este sentido, algunas personas señalan que la mirada del equipo de salud en la atención domiciliaria se amplía a más aspectos que la patología de la persona ubicada en el domicilio, incluyendo valoraciones del entorno y valoraciones de otros aspectos globales, de índole social o de salud.

Yo creo que, sobre todo es...uno: si es un paciente, que normalmente tiene un proceso crónico, revisar como está su proceso crónico, el estado del paciente, ver su estado actual, ver también las condiciones sociales y ambientales del paciente, ver cómo están en cada momento y si tiene necesidades sociales, valorar con la familia cuál es y establecer una pauta....también depende de cuál sea la condición del paciente, la condición de salud que presenta el paciente, si tiene una enfermedad crónica o si es un paciente inmovilizado en cama.

También lo que decimos que es importante mirar el domicilio y mirar los cuidadores. Porque no sólo se trata de hacer la atención en el paciente sino, la atención un poco a los cuidadores ¿eh? y a veces pues ayudar a que el domicilio se adapte a las necesidades o comprar un colchón o poner un adaptador en el baño...bueno, nosotros lo aconsejamos...quiero decir...es en el momento cuando la persona es más dependiente normalmente pues, a ver que...en las áreas que podemos ayudar.

Estos discursos incluyen la descripción de actividades que denominan como educación para la salud y asesoramiento, siendo los destinatarios de ellas tanto la persona ubicada en el domicilio como las personas que cuidan de ésta. En este sentido, los objetivos de estas actividades van encaminados a **formar a quienes ejercen el cuidado** de forma principal, para que puedan

colaborar y mantener una atención continuada, pero también para orientar a esta persona sobre el momento en que es necesario demandar la presencia de profesionales en el domicilio. Los discursos apuntan la consideración de que ese contacto miembros del equipo de salud se ha de establecer cuando la persona cuidada sufre un agravamiento o una crisis que justifique la presencia de profesionales antes de lo inicialmente programado.

Las tareas más frecuentes...sobre todo hacemos bastante educación al cuidador cuando existe, para que pueda mantener a esa persona en el domicilio sin un riesgo para la propia salud del cuidador, porque muchas veces pierde la salud cuidando de otro.

Tal y como se recoge en la cita anterior, profesionales de colectivos sanitarios y sociales consideran que cuidar a una persona enferma puede suponer también un riesgo para la salud de la persona que ejerce el cuidado. Emerge en los discursos la percepción de la necesidad valorar la situación de la persona que ejerce el cuidado principal, analizando si se halla en condiciones de asumir la tarea de cuidar y realizar las demás actividades del ámbito doméstico y social. También en general aquellas personas entrevistadas del ámbito sanitario consideran que la formación de los cuidadores y las cuidadoras sobre los riesgos para su salud son especialmente relevantes, citando especialmente aspectos ergonómicos y de salud mental.

También muchas veces el cuidador también es una figura que está agotada...sobre todo eso, si son procesos muy largos o si son personas muy dependientes.

De esta forma, gran parte de las personas entrevistadas expresan con sus vivencias una **consideración la valoración domiciliaria como multidimensional** incluyendo no sólo las diferentes facetas de la evaluación individual de la persona afectada, sino también a quienes les cuidan y otros apoyos y recursos del espacio domiciliario.

La valoración así entendida emerge como uno de los aspectos característicos del colectivo de profesionales que trabaja en Atención Primaria, otorgando valor a la **perspectiva generalista** en el rol profesional.

Tú valoras todas las necesidades y vas haciendo valoración por valoración, pero bueno, basta una mirada si eres una enfermera de atención primaria...para detectar otras cosas que no están dentro de la valoración, que prácticamente están todas, porque son grandes expertos quienes lo han hecho, eso sí que es verdad, pero que tú con una ojeada puedes mirar y puedes valorar o sea, desde el cuidador principal, ver si esa gente pues,...no te dice realmente la verdad, o sea, haces una valoración integral.

Sin embargo, aunque gran parte del colectivo entrevistado señala que la valoración integral y multidimensional es una característica de su intervención primaria domiciliaria, algunos discursos apuntan que esta actividad puede representar una intromisión en el entorno personal familiar que no se corresponde con sus funciones. Se perfila así, la percepción de la dificultad para definir los límites de la intervención de los miembros del equipo de salud en el entorno donde vive la persona, que no aparece cuestionado sin embargo en relación a las prácticas en el centro de salud.

A mi no me cuesta preguntarle... *“¡oiga! -A lo mejor un ratito-vamos a ver como tiene la casa, ¿me la enseña? Más que nada como está esto, como está lo otro”*...o les preguntas más sobre el tema de cómo está la familia...Hay profesionales sanitarios que yo creo que les da como...yo creo no...lo han verbalizado *“es que es como meterme el la vida de otro, a mi no me gustaría que vinieran a mi casa y...”* Lo ven como un intruso, como que están en la casa de ellos ¿no?. Claro depende de cómo lo vivas...También es cierto, es verdad que a veces...pero ¡tú de eso te das cuenta!...o sea...pero hay pacientes que necesitan, que de alguna forma, para mejorar su calidad de vida han de...al menos una intentona.

Como se ha comentado previamente, no todos los discursos apuntan la perspectiva multidimensional en la práctica de la atención domiciliaria. Otros discursos hacen referencia a las intervenciones domiciliarias como **procesos estandarizados**, donde la realización de controles concretos para el seguimiento del proceso

patológico es realizado de forma similar a la que se realizaría en el centro de salud. De esta forma, apuntan perspectivas centradas en la necesidad de acotar estas intervenciones a aquellos casos y momentos en que estos controles sanitarios no puedan ser realizados en el centro de salud. Profundizando en este aspecto, el centro de salud emerge como la institución sobre la que se vertebra la intervención del profesional, y la atención domiciliaria supone el traslado a un entorno diferente de las actividades a realizar en el centro de salud. Por ello, las actividades en los discursos se orientan también a facilitar el acceso de la persona a la institución sanitaria.

Es una continuidad más de tu consulta, de tu población y claro, y que fomentas muchas veces, pues el autocuidado, sobre todo para que puedan venir cuanto antes mejor, pero bueno, hay gente que sabes que no podrá venir nunca y que necesita de tus servicios, pues en el domicilio lo que haces es dar una calidad de servicio igual que en el centro.

En esta línea y en una posición más extrema, algunos discursos señalan el perfil profesional en la atención domiciliaria centrado en la intervención directa con la persona que origina la demanda. Hacen referencia en este sentido a intervenciones relativamente rápidas y rutinarias en la cual la técnica tiene un papel preponderante. La siguiente cita ilustra estas experiencias señaladas en el curso de las entrevistas.

Yo creo que la atención domiciliaria que tenemos ahora es técnica. Vas allá, sacas sangre y te vienes.

En cuanto al **nivel de planificación** de la intervención domiciliaria, el colectivo entrevistado diferencia en sus discursos entre la atención que denominan como urgente o a demanda y la programada diferenciando ambas en el nivel con que la intervención es planificada por el profesional. Señalan que la intervención urgente o a demanda requiere una intervención profesional en el entorno domiciliario sin estar planificada previamente.

Esta intervención puede conllevarle una interrupción de las actividades en el centro, manifestada por parte de las personas entrevistadas con cierto discomfort, especialmente si consideran que su desplazamiento al domicilio no se corresponde con un motivo que consideran justificado. De esta forma, aunque manifiestan que este tipo de atención domiciliaria no programada es necesaria, consideran que se han de establecer unos límites que eviten el abuso que consideran que una parte de la comunidad hace hacia el sistema de salud, con consecuencias para el colectivo profesional. La siguiente cita ejemplifica esta percepción en relación a atención domiciliaria.

Yo creo que es necesaria, dentro de unos límites...pero sí, es necesaria. Un paciente encamado o imposibilitado, que no es posible que pueda ir, entonces en esos casos sí...mientras que no sea un abuso o esté mal programado, por supuesto.

Las referencias a la atención a demanda son incluidas en los discursos como uno de los aspectos que influyen en la percepción negativa de la atención domiciliaria en general. Para gran parte del colectivo entrevistado, las experiencias previas en la realización de atención domiciliaria a **demanda no justificada** puede provocar la tendencia a evitar también la atención domiciliaria programada.

Aunque los discursos señalan que tanto en la atención a demanda como en la programada se dan casos de intervenciones que consideran injustificadas, es la atención a demanda, no planificada previamente, la que genera más discomfort. Profundizando en este aspecto, situaciones vividas por las personas demandantes de servicios como la soledad o el miedo son citados para ilustrar los casos en que consideran la demanda de desplazamiento de los miembros de los equipos de salud es injustificada.

Apuntan sus discursos a situaciones de vulnerabilidad o fragilidad de las personas ubicadas en el domicilio que, aunque para una parte del colectivo entrevistado, no se corresponde con una **necesidad de salud** que requiera del profesional de salud una atención urgente ni programada.

Pues sí que es verdad gente...pues por soledad o que le da miedo salir y no tiene a nadie que le acompañe....Casos de soledad...eso es muy típico. Las personas mayores se asustan y necesitan contarle a alguien algo y...tal...pues al médico...que venga y por lo menos vas allí un rato, le ves y ya se queda...bueno, tranquilo. Hay algún caso, bastantes casos, que sí que son...gente sola o que...(...) eso, que tienen miedo, que están solos, que están asustados...o que están tristes porque están solos. Y es que es eso...muchos.

En algunos casos, los discursos apuntan a la percepción de un cierto grado de **indefensión del colectivo profesional** ante situaciones de demanda injustificada. Para algunas personas entrevistadas este aspecto fue especialmente relevante, insistiendo no sólo en los inconvenientes personales del desplazamiento o de la modificación de las actividades planificadas, sino también a las consecuencias legales de no realizar una intervención a la que la población teóricamente tiene derecho. Manifiestan algunos discursos la influencia de cuestiones de tipo legal en la decisión de desplazarse al domicilio, especialmente en referencia a aquellas personas o familias que puedan presentar alguna reclamación en los servicios de Atención al Paciente si la atención domiciliaria no es realizada. Emerge de los discursos la sensación de pérdida de control o capacidad de gestión del profesional en el control de la demanda en relación a la atención domiciliaria.

Hay gente que llama, llama y llama...por un problema de soledad, por lo que sea y entonces...¿qué haces? No puedes dejar al señor en el domicilio porque a lo mejor basta que ese día que no vas pase algo. Entonces estamos totalmente desprotegidos...porque siempre va a ser la palabra del paciente y de la familia contra la tuya. Y yo muchas veces lo veo, ...que vas al domicilio para protegerte legalmente no por otra cosa.

La intervención domiciliaria programada es señalada como aquella intervención planificada previamente y realizada de forma continuada en el tiempo mediante una serie de visitas concertadas con anterioridad. En este sentido, el colectivo entrevistado coincide que esta intervención es realizada más frecuentemente por profesionales de enfermería, desplazándose conjuntamente con los profesionales de medicina de familia o trabajo social de forma esporádica.

Apuntan también la participación de equipos y profesionales en el domicilio, especialmente de trabajo social o profesionales de los Equipos de Apoyo a la Atención Domiciliaria (ESAD). De esta forma, las experiencias verbalizadas en las entrevistas señalan una participación del colectivo de medicina de familia más relacionada con las intervenciones urgentes en el domicilio y en menor medida en las programadas y continuadas.

Nosotros trabajamos de manera que la enfermera es la que te hace casi todo el trabajo, aunque también acudes y también vas, pero la enfermera va periódicamente y según las necesidades pueden ir incluso a diario. Lo normal es que va programado cada diez o quince días según necesidades y ella nos va avisando en qué momento tengo que ir yo o a veces voy a hacer una valoración, a ver como están las condiciones, pero es casi más la demanda de la familia o la demanda de la enfermera que no que yo me lo programe.

Profundizando en la cuestión de la **diferente frecuentación** de los distintos grupos profesionales en el entorno domiciliario, una parte del colectivo entrevistado apunta que la mayor participación de profesionales de enfermería en el entorno domiciliario se debe a las necesidades de las personas que allí están ubicadas, a la patología que presentan o al tipo de cuidados que precisan.

Sus discursos sacan a la luz la consideración de la intervención domiciliaria programada con prácticas relacionadas con frecuencia con el perfil enfermero en la Atención Primaria, mientras que la atención urgente aparece más relacionada con el perfil de medicina de familia.

Creo que lo que en la responsabilidad de enfermería sí que hay una responsabilidad de atención domiciliaria en todas las enfermeras y sí que ellas lo llevan combinado, pero nosotros como médicos no. Nos podemos comentar casos sueltos pero no llevamos un registro hecho de las necesidades básicas, todo ese tipo de cosas se delega a enfermería. No es que se delegue, vamos, que la hacen ellas.

Sin embargo, gran parte de los discursos apuntan a que esta mayor frecuentación de la enfermería responde fundamentalmente a una organización funcional del microequipo médico-enfermera para atender la demanda en el centro de salud y en el domicilio. Para algunas personas entrevistadas, la sobrecarga de la consulta de medicina de familia provoca la derivación de la práctica totalidad de la atención domiciliaria programada al colectivo de profesionales de enfermería.

Emerge de algunos discursos una **organización funcional** establecida como respuesta a la limitación de recursos humanos para afrontar la demanda, pudiendo modificar las prácticas de los diferentes colectivos profesionales. La realización de la atención domiciliaria programada casi exclusivamente por profesionales de enfermería se presenta en otros discursos como el reflejo de una falta de implicación de otros colectivos en el desarrollo de esta intervención.

Se acepta de que es un campo en el que es lógico que tenga más peso la enfermería, más peso en la atención, si bien la responsabilidad es de todos los que atienden a los pacientes...y lo que hay es un problema de aplicabilidad por falta de tiempo, tal vez de organización y eso hace que este peso que lleva la enfermería hace que...por explicar los motivos...porque por falta de...el profesional hace que se desligue un poco...y más está en manos de enfermería...pero yo creo que en general se es consciente de que es un campo de atención necesario y que se ha de llevar a cabo.

En cuanto a las visitas programadas, manifiestan una parte del colectivo entrevistado la percepción de una tendencia de la población a requerir y recibir atención domiciliaria aún cuando consideran que no es necesaria. Los discursos ponen de manifiesto que las intervenciones programadas que denominan de lujo

son realizadas puntualmente, porque suponen un enfoque centrado en la comodidad de la ciudadanía sobre las recomendaciones profesionales. Aunque en algunos casos este hecho se relata con molestar, en general explican una mayor facilidad para ejercer un **control de las demandas** de la población en las peticiones que precisan una programación previa.

A ver, yo considero que la atención domiciliaria está bien pero dentro de unas determinadas normas, siempre cuando haya una imposibilidad del paciente poder desplazarse al centro de salud y sea necesario. Lo que pasa es que luego esta el arma de doble filo de las personas que intentan abusar un poco del servicio y esto lo suelen hacer personas que son muy mayores que no están realmente incapacitados como para poder desplazarse y sin embargo, lo hacen.

Sí...yo creo que cuando llevas un tiempo puedes marcar un poco o...poner un poco las bases de lo que es de domicilio y lo que no, y luego siempre hay casos, siempre hay el típico que abusa y...te pone en domicilios que no estaría justificado...por eso mismo, porque luego sabes que para que alguien la acompañe a comprar o a la peluquería, encuentra a alguien, pero para venir al centro no, es más fácil que nos desplazemos nosotros. Siempre hay algunos casos puntuales que son incorregibles.

Al igual que en la atención a demanda, las necesidades de tipo emocional o social no son consideradas en general como motivo de intervención en el domicilio del colectivo profesional de Atención Primaria. Sin embargo, de forma minoritaria algunas personas del colectivo entrevistado señalan experiencias personales en la realización de visitas que denominan como visitas sociales. Estas visitas son señaladas como una parte de la intervención en salud en general el colectivo que manifiesta realizarlas señala sentirse especialmente satisfecho con ellas. Profundizando en sus discursos, éstos inciden en los beneficios para las personas y la satisfacción con esta intervención de acompañamiento, más centrada en las necesidades de la persona que en la patología. Sin embargo, fue posible percibir un particular esfuerzo por parte de estas personas para justificar la necesidad de realización de estas intervenciones, sacando a la luz una percepción de que los equipos de salud no siempre las identifican así.

A veces se hacen visitas sociales, pero esa persona si que agradece y además a ti te ayuda a conocer esa persona para en un momento que pueda surgir, una crisis de salud, un problema específico, pues ya tienes un conocimiento, tienes a quien llamar, porque ha ocurrido algún problema...y...a veces están como mal vistas esas visitas sociales porque...pero yo creo en ellas, porque te ayuda mucho y ayuda a conocer a la persona de antemano, cuando ocurre la crisis y vas allí, hablas con ellos. Sobre todo es una de las actividades con gente mayor, que el concepto de atención domiciliaria va muy dirigido a las personas mayores.

Los discursos del colectivo entrevistado en relación a la demanda justificada o injustificada pone en evidencia una diferente percepción de las necesidades en salud por parte de las personas ubicadas en el domicilio o sus familiares y el colectivo profesional. De la misma manera, algunas personas señalan que las demandas o necesidades expresadas por las personas o sus familiares respecto a la atención domiciliaria ha de ser complementada con la percepción personal de los miembros del equipo de salud en el domicilio. De esta manera, el entorno domiciliario es considerado como fuente de información para la caracterización de las **necesidades percibidas** por el colectivo profesional, consideradas como más idóneas para emprender acciones sociales o de salud ajustando los recursos disponibles.

Vamos porque una persona te puede hacer una demanda muy concreta pero realmente la demanda a veces no... no es la demanda... es una demanda suya, desde su punto de vista de lo que requerirían, pero no es una demanda idónea, o sea no es la necesidad real. Es la problemática que pueda tener esa familia o esa persona. Entonces yendo al domicilio ves muchas cosas, ves como viven en general, que ayudas tienen, que dificultades tienen, que limitaciones tienen y entonces tienes que hacer una valoración social de todas las circunstancias que rodean a esa persona y ahí entra la vivienda, entra la parte económica, entra la situación de necesidad o de que tipo de apoyo necesitan en este sentido, todo. Puede ser desde ayudarles con una comida a domicilio, hasta un centro de día, hasta valorar que con una ayuda económica suficiente,...una adaptación en la vivienda..., haces una valoración general de esa familia dentro del domicilio.

Señala el colectivo entrevistado que gran parte de las personas candidatas para recibir ayuda domiciliaria desde servicios sociales también cumplen las características para recibir visitas por profesionales de salud, especialmente en casos de personas con un alto grado de dependencia que les impide desplazarse al centro. Sin embargo, algunas personas entrevistadas consideran que la situación de vulnerabilidad de las personas en el domicilio no siempre es identificada por los profesionales. Ello saca a la luz que la intervención programada en el domicilio a partir únicamente de demandas explícitas de la persona o su entorno, puede dejar fuera de la atención a un grupo de población que no llega a expresar sus necesidades a los profesionales. Con ello se puede limitar la accesibilidad al sistema sanitario para un grupo de población, apuntando a los riesgos de considerar la demanda en el centro de salud como indicador de la necesidad de intervención domiciliaria.

Y el domicilio es la realidad, no es el paciente en la consulta, porque hay muchos pacientes a los que ni siquiera llega el médico o enfermera.

Las diferencias entre la intervención en el **centro de salud y el domicilio** son señaladas con frecuencia entre el colectivo entrevistado. Algunas personas identifican la intervención en el centro de salud como una intervención de mayor calidad, la cual relacionan con la disponibilidad de más recursos técnicos y humanos para afrontar en las mejores condiciones la atención a procesos patológicos.

Algunos discursos apuntan que los procesos de valoración en el entorno domiciliario tienden a ser más superficiales o no desarrollados con el mismo grado de sistematización o profundidad que en el centro de salud. El valor de la intervención en el centro de salud es señalado como el motivo principal por el cual se ha de intentar que la persona se desplace o sea desplazada al centro de salud, apuntando en los discursos aspectos como el mayor beneficio para la persona o la mayor calidad de la intervención.

Pero de los crónicos, de los que de verdad lo necesitan son pacientes encamados o con movilidad limitada. Porque incluso los que están demenciados que la familia puede, te lo traen. Suelen colaborar muchísimo. Porque claro, siempre la asistencia es más completa en el centro de salud que en el domicilio...pero bueno, pero hay veces que no se puede hacer. Porque luego también hay muchas barreras físicas: las casas antiguas, las escaleras, las cuestecitas, con la silla de ruedas no pueden...

En sentido opuesto, otra parte del colectivo entrevistado apunta experiencias donde la intervención domiciliaria les permite conocer más a fondo la problemática subyacente, pues la información disponible y la relación más cercana facilita que la evaluación pueda realizarse de forma más integral y detallada que en el centro de salud. Estos discursos sacan a la luz la consideración de que las visitas domiciliarias implican procesos de valoración e intervención no comparables con los realizados en la institución sanitaria, pues el entorno modifica el sentido y la realización de las prácticas.

A ti te puede venir una persona aquí, estar hablando tres horas con él o con ella con quien sea, con esa persona y como que se te escapan a veces cosas y tú dices hay algo que no me cuadra, hay algo que no me cuadra, vas al domicilio y lo ves. Lo que no te cuadraba lo ves, lo que no se dice se palpa, se ve y si más allá te encuentras con algún familiar o... ves perfectamente como viven y como se mueven y tal.

En el domicilio es donde realmente puedes sentarte, hablar con el cuidador, hablar con el paciente, ver...cuál es el problema de la casa...es que haces cantidad de cosas...

La intervención domiciliaria requiere según una gran parte de los discursos un **perfil personal** que permita al profesional desenvolverse en este entorno. De esta forma, hacen referencia a competencias generales incidiendo en sus discursos en las habilidades sociales y de comunicación, como la empatía, capacidad de negociación, creatividad, adaptación a nuevos entornos, toma de decisiones y capacidad de escucha.

Yo creo que más que técnicas, porque igual realizas más técnicas en el centro de salud, es de habilidades de comunicación.

Hay gente que no entra...no es tan sociable o no es tan...porque un paciente es un extraño, en principio es un extraño...y les cuesta, y más en el domicilio.

Profundizando en este aspecto, algunas de las personas entrevistadas señalan que el contexto domiciliario es un entorno que puede romper la **seguridad y protección** que el centro de salud ofrece, tanto por el apoyo en recursos materiales como humanos. En general los discursos sostienen que la inseguridad percibida en el domicilio puede superarse con la experiencia en la realización de visitas, mientras que para otros esta percepción depende cuestiones de índole personal como la dificultad para adaptarse a entornos diferentes del sanitario, en relación al desarrollo de habilidades sociales y comunicativas. Apuntan con ello competencias generales del colectivo profesional de Atención Primaria, aunque las relacionan más con la personalidad del individuo en concreto que con aspectos formativos durante la educación como profesional de salud.

A veces he observado y que a mi me produce...que la primera vez que la observé me extrañó: es el miedo. Creo que hay profesionales que tienen miedo a ir al terreno del domicilio del paciente o la persona porque igual va solo y no sabes cómo te van a recibir. Sí que a veces... sí que...he visto a profesionales que expresan eso, un temor, a salir de su consulta para ir hacer domicilios.

Otras personas entrevistadas, aunque explican que la infraestructura y los recursos del centro de salud ofrecen seguridad a los equipos de salud, señalan que la **pérdida de estatus** percibida en el domicilio es un elemento clave a tener en cuenta en la relación interpersonal. Señalan en este sentido que la atención domiciliaria coloca a los miembros del equipo de salud en el mismo nivel, o incluso inferior, que a la persona que recibe la atención, lo cual se manifiesta por su carácter diferenciado con su actividad en las instituciones sanitarias.

De algunos discursos emerge la percepción de que la atención domiciliaria desplaza a los distintos grupos profesionales al terreno de la persona a atender, apuntando situaciones donde tienen menor control y autoridad sobre la situación.

En un domicilio tú no tienes tanto poder, claro, detrás de la mesa es otra historia...pero si voy a la casa del otro...estoy en otra... estoy más en su terreno...es otro...es otra cosa.

Uno de los aspectos que ha aparecido de forma reiterada en las entrevistas ha sido la identificación por parte del colectivo profesional de dos realidades alrededor de la atención domiciliaria. En general los profesionales señalan diferencias entre las intervenciones que se realizan en el **ámbito urbano y el rural**, incidiendo sobre todo en cuestiones como el tipo de apoyo formal y no formal, los elementos facilitadores para el desarrollo de su actividad o el tipo de relación interpersonal que se produce.

En este último aspecto, más allá de las diferencias que existen entre cada familia, se percibe una tendencia a considerar el entorno rural como aquel espacio en que la intervención domiciliaria es más cercana a la persona y su familia, y donde las relaciones interpersonales que se establecen tienen más posibilidades de ser satisfactorias. En este sentido, emerge de los discursos la consideración de que el contexto rural facilita una **integración del profesional en la población**, lo que genera una atención domiciliaria como parte de una intervención comunitaria en sentido amplio. En este sentido, referencias al barrio o a la vecindad son apuntadas con frecuencia en descripciones de intervenciones en el ámbito rural, cuestión que sólo en ocasiones es señalada en cuanto a intervenciones en el ámbito urbano.

Sí porque, acaba conociéndote todo el pueblo y tú entras y sales del domicilio como si fuera tu casa, es que incluso no tienen timbres, tú entras, ya directamente abres la puerta y entras....yo entro gritando ¡hola! ¡hola!

En este sentido, el entorno rural es caracterizado por el colectivo entrevistado como el espacio en que se pueden poner en práctica sus habilidades en un contexto facilitador, donde son **valorados como profesionales** dentro y fuera de las paredes del domicilio. Estos aspectos suelen ser explicados con detalle, a partir de multitud de experiencias concretas que ejemplifican esta percepción. De esta forma, aunque algunas personas entrevistadas señalan los inconvenientes de una relación tan estrecha con las personas que atienden y sus familias, en fue posible percibir que el colectivo otorga a la intervención en el medio rural una mayor satisfacción laboral.

En este sentido, la satisfacción con las relaciones interpersonales y la disponibilidad de continuidad en sus actividades domiciliarias surge espontáneamente en los discursos, apareciendo la percepción de otros factores menos satisfactorios en una posición secundaria. La cita siguiente muestra este aspecto:

En rural entras y no sabes cuando te vas, ¿no? estás un rato indefinido pero la verdad es que estás muy bien porque estás en el ambiente, o sea ya no es sólo el paciente, ves el entorno, la familia. Una persona del equipo de enfermería y el médico es un trabajo muy importante, sabes una barbaridad, eres como alguien muy importante, te cuentan todo y tal y entonces aprovechan y *“mire y por qué...y tal”* y casi les tienes que cortar para irte, pero bueno, es agradable. Siempre te da a lo mejor un poco de pereza porque estás cansado, porque hay algunos que son más pesados o el domicilio está en peores condiciones y no te apetece tanto ir, pero...bueno, vas a gusto.

Esta caracterización del entorno rural aparece en los discursos de profesionales con experiencia en el ámbito rural pero también en los de profesionales del ámbito urbano, quienes manifiestan las diferencias entre ambos ámbitos incluso sin haber vivido experiencias personales en el ámbito rural.

La caracterización del ámbito rural es apuntada especialmente en referencia a las relaciones interpersonales que se producen en el domicilio, incluyendo la **disponibilidad de colaboración y cuidado** ofrecido por las familias, pero apuntando también una red social más extensa que colabora en el cuidado.

Y en los pueblos todavía tenemos el apoyo de los cuidadores, también el apoyo del vecino, que se dice a veces que viven solos, pero que tienen el vecino, que si tienen algo irá...que a lo mejor en según que zonas de Palma no lo tenemos.

La estructura familiar está más mantenida en los pueblos, donde todavía el rol de la familia se tiene como se entiende tradicionalmente: abuelos, hijos, o sea padres, hijos y nietos. O sea, todo está cronológicamente hecho. Entonces el abuelo es una persona importante, una persona mayor y es una persona que se le cuida de tal manera que en esa familia hay una organización donde se cuida y se acompaña al anciano.

En los discursos, el **cuidado informal** es considerado como un recurso fundamental para el desarrollo de la continuidad de sus actividades, siendo éste un elemento citado en relación con una valoración satisfactoria de su intervención y de mejores resultados obtenidos. La existencia o no de este cuidado informal es el elemento que para algunos profesionales resulta clave en la diferencia entre ambos contextos.

Hablando con compañeras de Palma o de zonas deprimidas de Palma dicen que les falta la figura del cuidador y en el momento es difícil hacer una atención domiciliaria, porque claro, tú haces un cuidado pero ese cuidado se ha de seguir...Tú pautas unos cuidados, porque no es como en el hospital que lo haces tú...si esos cuidados no tienen continuidad, por ejemplo hacer un cambio postural...al día siguiente te encontrarás la llaga peor, ¿sabes que te quiero decir?

Es decir, a la zona rural suele pasar que hay bastante gente mayor en la que normalmente tenemos la ayuda de que la familia. Todavía tenemos la figura del cuidador, o la mujer...o bien, la hija o la mujer. Es que tener eso nos ayuda mucho.

Aunque en general el colectivo entrevistado manifiesta percibir una tendencia por parte de la población tanto rural como urbana a disponer de cuidado profesional ejercido por personas ajenas a la familia, este aspecto aparece en los discursos más frecuentemente relacionado con intervenciones en el ámbito urbano. Señalan en sus respuestas el cambio de la estructura familiar así como los motivos que llevan a las familias a no poder hacerse cargo del cuidado informal. Los discursos ponen de manifiesto el valor otorgado al cuidado informal, el cual también es relacionado fundamentalmente con el género femenino. Hacen referencia al papel de las mujeres en el cuidado y a las consecuencias de la incorporación de éstas al mercado laboral. Apuntan también aspectos como el valor de las personas mayores en la familia y en la sociedad, así como **el traslado de la responsabilidad del cuidado y la atención en salud**, poniendo de manifiesto que actividades tradicionalmente asignadas a las familias han pasado a formar parte de las intervenciones a desarrollar por el colectivo profesional desde el ámbito formal.

Lo que pasa es que ahora los cuidadores comienzan ya a trabajar. Sobre todo lo que es la figura de la mujer o la hija o la nuera...y ...ya comienzan a trabajar y si que...así como hace unos años no estaba...ahora ya hay la figura de las chicas sudamericanas, y ya hay muchas que tienen la figura de cuidadora, ¿sabes?(...) como nuestro trabajo es educar a los cuidadores, si funcionan bien con esas chicas pues muy bien...pero sí, eso sí que ha cambiado.

A: Porque antes como se tenía asumido que esto formaba parte de la tarea familiar y porque le respeto que se les tiene a las personas mayores como personas mayores, con años, con sabiduría, con experiencia de la vida, donadoras de consejo, donadoras de...de...bueno, de su sabiduría propia....ahora no, ahora se ha cambiado el concepto porque es una carga, el anciano es una carga, el abuelo es una carga, porque queremos vivir...vivir...que todo sea bello, fantástico, estupendo, y sin problemas...y esto es así ...nadie quiere tener problemas, quiere vivir al día, hacer lo que es al día y no tener...

B: No tener implicaciones

A: No tener implicaciones y no aceptar sufrimientos y cargas y no sé...esto es un concepto que creo que vale la pena tenerlo en cuenta...

Profundizando en los discursos en referencia al cuidado informal, éste es valorado no sólo porque permite una continuidad de la atención y cuidado, sino también porque puede implicar una reducción en el número de visitas de los miembros de los equipos de salud. Ello lleva a la caracterización en los discursos personas que ejercen el cuidado, siendo definidas como buenas cuidadoras aquellas personas que siguen las recomendaciones del colectivo profesional.

Tengo por ejemplo, una paciente que voy una vez a la semana, porque tiene una cuidadora que lo hace muy bien...entonces yo, enseño a la cuidadora, enseño cómo lo tiene que hacer y luego yo voy a controlar una vez a la semana, a ver cómo está.

Tú llegas a un acuerdo con las familias...está claro que si hay un empeoramiento o un cambio vas a ir a verlo antes de lo que tengas pactado o lo que sea, ellos te avisan y tal y vas un día. Yo encuentro que hay familias muy comprensivas, incluso hacen a veces de contención, si conocen que el paciente es demandante, imposibilitado y tal, y muchas veces hay familias que dicen “*no, ya conocemos y esto sabemos que no, pero ahora creemos que sí, que debería ir por esto*” y vale, y te echan un cable ...

De esta manera aunque algunas de las personas entrevistadas justifican la imposibilidad de las familias para hacerse cargo del cuidado informal por motivos laborales o sociales, parte del colectivo entrevistado señalan también no obtener por parte de las familias la disponibilidad y el apoyo que consideran adecuado. En este sentido, se percibe en los discursos la consideración de la **responsabilidad de la familia en el cuidado** así como una cierta obligación de ésta a colaborar con los miembros del equipo de salud de Atención Primaria.

Casi nunca hay familias en las casas, salvo que sean ya pacientes muy impedidos, muy inválidos...pero si un paciente puede al menos abrir la puerta...pues te lo encuentras solo...renqueando...

También depende mucho de cómo te reaccionen ¿no? hay familias más difíciles...que a lo mejor...no te responden cómo tú querías ¿no?...pero bueno, esto ya lo sabemos, ¿no?

En general, los relatos hacen referencia a la **interrelación que se produce con la familia** en la intervención domiciliaria. Emana de los discursos que la interrelación es muy cercana y ello puede tener repercusiones también en la valoración, atención y cuidado que realizan los profesionales. Pero también aparecen consideraciones indicando la incomodidad que produce al profesional la ruptura de la distancia que sí existe en la consulta del centro de salud, haciéndoles partícipes de situaciones como tensiones familiares o discusiones.

Los discursos apuntan en este sentido a la consideración de estas situaciones como factores que dificultan la atención domiciliaria, sacando a la luz la manera en que los profesionales tratan de evitar situaciones que son sin embargo propias del ámbito domiciliario.

Es que la vejez agudiza los caracteres y luego, desata también...el temperamento, es decir, se desinhiben muchísimo y así como con un ajeno se contienen, con una hija...pues se desinhiben y son capaces de provocarte una discusión o un enfrentamiento o sacar todas aquellas cosas que han quedado atrás, que no se han aclarado en el momento adecuado y que están en forma de ira. Entonces...tienen problemas emocionales importantes, y a lo mejor es que tienen caracteres diferentes o hay un choque...y tú allí.

Por otra parte, la proximidad con la familia puede provocar según el colectivo entrevistado que las personas que están en el domicilio y sus familiares tengan solicitudes y demandas al profesional más allá de lo que éste considera como sus funciones.

Cuestiones de índole administrativo relacionadas con el sector salud o social son demandados al profesional que en ese momento está en el domicilio, lo cual es manifestado en ocasiones con cierta incomodidad, cuestionando tanto su propia labor en el domicilio como las situaciones multidimensionales que obligan a las familias a hacer estas peticiones. La cita siguiente ilustra esta perspectiva:

Te lo demanda a tí que eres el profesional que vas allí, y es con quien tienen confianza, lógicamente porque te conocen...porque un poco las enfermeras somos PARTE DE LA FAMILIA (*con énfasis*). Realmente somos enfermeras familiares y comunitarias, pero familiar primero...que es contigo con quién demandan cosas, que saben que no te compete a ti, pero eres...pero eres... “*que si ésta no me lo soluciona yo no sé por donde tengo que tirar*” (*simulando el pensamiento de una cuidadora*).

El ámbito domiciliario es señalado como un **entorno de intervención multiprofesional**. Además de personas cuidadoras contratadas, el apoyo formal se señala conformado por otros profesionales del ámbito de la salud, tanto del centro de salud como de atención especializada o de otras instituciones. Dentro del apoyo y recursos de tipo formal destacan especialmente al colectivo profesional del equipo de apoyo a la atención domiciliaria (ESAD).

Pues van los médicos, las enfermeras y ámbito sanitario ya nadie más, nadie más porque la orientación a domicilio no hay. (...) y también hay situaciones en donde interviene el ESAD, que es el equipo de atención a domicilio, también para hacer valoraciones y seguimientos en casos terminales de oncología.

Algunas de las personas entrevistadas manifiestan conocer la existencia de otras iniciativas domiciliarias desde el ámbito de la atención especializada, aunque en general se señala un cierto desconocimiento hacia su organización. Este desconocimiento es apuntado en algunos casos con malestar, bajo la consideración de que estos equipos que han pasado a ocupar una parte del espacio domiciliario, estén trabajando de forma independiente a la Atención Primaria.

Luego también han salido algunos equipos de atención hospitalaria, no sé si los conocéis...están trabajando también...Tienen gente hospitalizada pero en domicilio. Es otro tipo de trabajo totalmente diferente porque tratan más procesos más agudos. Me parece bien que existan estos equipos, lo que no me parece bien es la poca colaboración que tienen con primaria, no. A veces actúan a nivel de domicilio pero nosotros ni nos enteramos.

¿No había un equipo de EPOCs? ¿O postquirúrgicos? Yo no he sabido nada más...

También señalan de forma particular la **interrelación con otros colectivos profesionales del ámbito social**, como las trabajadoras familiares del servicio de ayuda a domicilio. Con frecuencia, los discursos de profesionales de salud reflejan la consideración de que las trabajadoras familiares juegan un papel particularmente importante en cuanto a la continuidad de cuidados. En este sentido, los discursos ponen de manifiesto que aunque su labor es considerada como un apoyo de tipo profesional, le otorgan sin embargo la responsabilidad del cuidado considerado como informal. Algunos discursos se refieren a este colectivo profesional como personas que ejercen un cuidado desde una posición más experta que la familia, pues a diferencia de ésta gozan de más formación y experiencia. Además le otorgan algunos discursos las atribuciones e implicación que apuntan también para la familia, incidiendo en la relación interpersonal con este colectivo como un elemento clave para asegurar la continuidad en la atención en salud.

Es la figura de un cuidador más experto a lo mejor que la familia, porque claro, tiene una formación y tiene más experiencia.

Y también tener un buen contacto con las trabajadoras familiares a veces va muy bien porque tú sabes que ellas van cada día y si ellas ven algo o cualquier cosa también te avisan y va muy bien que sea una persona...que...que puedas confiar en ella.

Sí, la enfermera va un ratito, la cura, tal, tal, el médico “*hola, ¿que tal? ¿cómo estás?, adiós*”, lo que necesita, tal, tal, tal y luego quien cuida realmente a esta persona es la familia y los trabajadores familiares.

De forma diferenciada, para el colectivo de profesionales del ámbito social entrevistado, las personas que ejercen el trabajo familiar representan un apoyo formal a la familia. Apuntan que el papel de estas personas en el domicilio depende de las actividades asignadas desde los servicios sociales. Por ello, aunque algunas de sus actividades pueden estar relacionadas con el cuidado de la

persona enferma, en algunos casos, consideran que las atenciones en salud son más propias de los profesionales sanitarios.

Si hay familia nunca se intenta suplir a la familia, entonces es complementario a la familia y si esa persona no tiene familia pues...prácticamente...las funciones, cada uno tiene las suyas y el horario que se va es muy limitado, y no cubre todas las necesidades de una persona.

Hay trabajadoras familiares que tienen que hacer a lo mejor las curas...la enfermera va una vez a la semana y el resto de la semana lo hace la trabajadora familiar...con la supervisión de la enfermera a veces...ya veces no, a veces porque el trabajador familiar se excede en sus funciones, que también pasa y otra porque a lo mejor el personal de enfermería no llega, ¿sabes?

Por todo ello, fue posible percibir en este sentido la tendencia de los discursos de profesionales de salud en considerar al colectivo de trabajo familiar como un recurso humano que ha de asumir la **responsabilidad del cuidado** sin cuestionar el proceso de asignación de sus funciones. Sin embargo, desde el ámbito social, los discursos tienden a valorar positivamente la comunicación entre profesionales, pero resaltan la jerarquía en la organización de los servicios sociales y a la figura del trabajador familiar como un elemento propio de esta organización.

La valoración se hace, bueno, la responsable del caso es una trabajadora social y es quien hace la valoración. Después una vez que ha empezado ya una trabajadora familiar a ir al domicilio, se tiene en cuenta su información, claro, como la que va al domicilio es la que sabe lo que está pasando allí...se tiene en cuenta su valoración para rehacer el diagnóstico o rehacer el servicio.

Pero las trabajadoras familiares sólo reciben órdenes de los trabajadores sociales del servicio de ayuda a domicilio, no de otros...esto sería una locura. ¡Se iba a armar un Quintín! No pueden darte órdenes 20 personas! Ellas tienen su trabajador social, su plan de trabajo que se ha acordado, si hay dificultades las comentan, si hay algo que les parece interesante también lo comentan y bueno si la familia, si sucede algo,... por medio de la trabajadora social del centro de salud también lo comenta...y las cosas se van pues...valorando y ya está.

Los profesionales apuntan a una **descentralización en la provisión de servicios** manifestada en diferencias en el funcionamiento de los distintos centros de salud y también en relación con los servicios sociales. Esto está presente en los relatos de los participantes cuando explican los diferentes sistemas organizativos, tanto en la atención a la demanda en el centro como en la organización de las visitas en los domicilios, la frecuencia en las mismas, actividades realizadas, material disponible para las visitas o pactos organizativos para desarrollar las tareas.

En lo referente a cómo la **demanda de intervención en el domicilio** llega al profesional, señalan que suele recibirse desde la familia, aunque en algunas ocasiones les llega derivada por otro profesional de salud o social. La cita ilustra algunas de las posibilidades para la identificación de la demanda:

Yo que sé,...decides tú a qué domicilio hay que ir...o...siempre viene por una indicación o en algún caso el trabajador social te dice: *“por casualidad he ido a este domicilio y creo que...”*

De forma particular, algunas de las personas entrevistadas indican también que el propio profesional puede generar esta demanda, identificando en el centro de salud situaciones en que pueda ser necesaria. En este sentido apuntan a una responsabilidad del profesional en realizar visitas para evaluar la necesidad de realizar intervención domiciliaria de forma continuada. También hacen referencia al desconocimiento de algunas familias en solicitar o informar al profesional de una situación que pueda requerir la intervención domiciliaria.

Pero hay una demanda que te la puedes crear tú. Por ejemplo viene un familiar y te dice que viene a sacar recetas para su madre porque está en casa y no se puede mover. Pues para mí este es un caso que yo debería conocer, si está bajo mi responsabilidad. Entonces me desplazo al domicilio para ver cómo está, como se desenvuelve en las actividades de la vida diaria esta persona, hasta que punto es autónoma o no es autónoma. Puede ser que no sea diabética ni hipertensa y que yo tenga que intervenir técnicamente, pero sí una valoración de los cuidados que esta persona necesita y hasta que punto esta persona es autónoma para realizarlos, porque si no puede venir al centro es porque en algo es dependiente.

De esta forma, en relación a la **organización de la atención domiciliaria** los participantes explican diferentes sistemas organizativos. En algunos casos los propios profesionales organizan en su agenda las visitas acordadas con la familia. En otros casos, las actividades domiciliarias están organizadas de acuerdo con la dinámica de trabajo del centro, dejando para la visitas un horario predeterminado. Las visitas urgentes se realizan generalmente en el momento en que surge la demanda, aunque en algunos casos de menor urgencia se pauta con la familia un horario. La cita siguiente muestra una de las entrevistas grupales donde se evidencia la diversidad existente en cuanto a la organización de la atención domiciliaria:

- A: ¿tenéis muchos días para domicilio vosotras?
B: cada día
C: lo tienes en la agenda y cuando acabas...
B: A medio día, cuando acabas las consultas
A: ¿pero te los organizas tú?
C: claro, tengo mi agenda...
A: pero por ejemplo, yo mañana...
B: ¿no puedes hacer domicilios?
A: sí, tengo de ocho a ocho y media...podría, porque luego estoy...tengo consulta y luego es que tengo urgencias hasta las dos y media...
B: claro, es que Palma se organiza diferente...
C: nosotras es que nos lo gestionamos todo, nuestra consulta, las urgencias, tus domicilios, tus analíticas a primera hora...

Aunque como se recoge de la cita anterior, de forma generalizada se valora en los discursos la posibilidad de autogestionar su actividad diaria. Otros discursos apuntan a la necesidad de pautar un tiempo específico para la realización de esta actividad como mecanismo para asegurar esta intervención sin incrementar su jornada laboral o restar tiempo a otras actividades del centro de salud.

Creo que si se pudiese disponer por tiempo y de organización de un tiempo específico, entonces...se haría...se haría mucha más por parte de los médicos y se haría mucho más a gusto que si la has de hacer un poco, robado un momento de aquí, un momento de allá, o cuando acabas, o acabas y no sabes si tendrás tiempo de ir o no...

Uno de los aspectos manifestados por el colectivo entrevistado como fundamental para la atención domiciliaria es la **comunicación entre los diferentes profesionales**. Esto ha sido apuntado como especialmente importante para desarrollar estrategias combinadas en la intervención sociosanitaria, pudiendo manifestarse como un factor que optimiza sus intervenciones. Esta comunicación es valorada especialmente entre los diferentes miembros del equipo de Atención Primaria o de éstos con otros colectivos de servicios sociales, de Atención Especializada, o especialmente con los equipos de apoyo en la atención domiciliaria (ESAD). La ruptura en la coordinación puede comprometer según sus relatos la continuidad en la atención, pudiendo además generar conflictos relacionados con el estatus y ubicación de los diferentes profesionales en la organización.

Depende mucho del equipo de AP y del ESAD, incluso no hace falta salir juntos al domicilio, pero sí una complementariedad, una comunicación de llamadas, que tú llamas y te devuelvan también la llamada.

La pena se es que según quién esté en el equipo del área que te toque...o sea, que lo es no saber nada...parece casi que es como una lucha de poder a ver quien *“yo he dicho esto” “pues yo he dicho lo contrario”*. A veces parece mentira que seamos todos del mismo...lado sabes? todos de primaria, todos y con opciones de tratamiento de actitud muy diferentes. Y eso perjudica. Entonces...es que es tan fácil colaborar y con nada que te den...es muy fácil ponerse de acuerdo, pero hay gente con al que no.

Aunque algunos discursos apuntan a la falta de tradición en el trabajo en equipo. En este sentido, gran parte del colectivo entrevistado considera que la comunicación y la coordinación son cuestiones que dependen de la **voluntad personal** del profesional. De esta forma, si bien los discursos apuntan que la comunicación y coordinación son consideradas como parte del perfil profesional en Atención Primaria, una mirada más profunda revela que su desarrollo en la práctica es trasladado al ámbito de lo personal.

Además de la cuestión subjetiva, manifiestan la influencia de otros aspectos en la cantidad y calidad de la comunicación, como la organización del servicio, el número y presencia del profesional en el centro o la arquitectura y diseño del centro de salud.

Bueno, depende del equipo...depende del equipo pero muchísimo ¡al 100%! De un equipo a otro, 100% de diferencia, se pueden implicar muchísimo y tener totalmente contacto, enterarte de todo, vamos, disfrutar de estar con ellos, de realizar trabajo conjunto, como de no enterarte de nada, y que encima te riñen cuando no les informas tú de cosas y bueno...

¿A nivel de centro? Depende ya...es un tema más personal ¿no? de cómo se introduce el trabajador social, caes bien, no caes bien,...el número de horas que vas...tal, después también está la relación con el personal médico o de enfermería ¿no? es una relación...a ver cómo explicarte...(pausa). Depende de quien sea.

La deficiente de coordinación entre los diferentes miembros de los equipos puede provocar según discursos del colectivo entrevistado, una duplicación de las actividades realizadas, pero también el no llegar cubrir las necesidades de salud de las personas en su domicilio desde una perspectiva interdisciplinar. Esta falta de comunicación es evidenciada también personas entrevistadas de colectivos profesionales que no realizan atención domiciliaria pero que sí están en los equipos de los centros de salud.

Yo conozco la atención a domicilio a nivel de medicina y enfermería de los centros de salud, yo no conozco ese trabajo en el domicilio. Sé que se hace pero...además como los fisios siempre estamos un poco...no desintegrados pero un poco...ya en la situación física en muchos centros de salud el fisio está...pues un poco apartado dentro del centro de salud...

La coordinación entre profesionales no sólo se presentan como un factor importante para la organización de las prácticas desde el centro, sino también en la relación con la gerencia y otros sectores sociosanitarios. Señalan además, que las dificultades comunicativas y coordinativas pueden comprometer la **intersectorialidad**, una característica fundamental en la Atención Primaria.

La interrelación entre los profesionales nos falta, nos falta, nos falta y en domiciliaria peor porque aún es más difícil. Pero es que en el centro, ¡no tenemos ni tiempo de hablar! Nos lo hemos montado tan mal que hemos puesto no sé qué por delante, porque lo que es el pensar un poco en lo que hacemos, cómo lo hacemos y hacerlo combinado se ha ido como...como una última cosa. En cambio estamos haciendo, haciendo, haciendo continuamente y a veces duplicamos.

“Es que esto es un problema social”...aquí en el centro de salud. “Es que esto es un problema de salud”...en servicios sociales. Y tú dices, bueno, a ver (risas), claro, el problema es que nosotras que estamos en medio y claro, estamos aquí ubicadas, yo me considero que soy parte del centro de salud, estoy en salud, pero tengo mucha coordinación con servicios sociales ¿no? y estoy cansada de estuchar “esto es un problema de salud”, “esto es un problema social”, vale pues ¿qué? Pues a lo mejor tiene los dos problemas! ¿Cómo lo podemos hacer para organizar los dos?, pues hija, es difícil.

Sin embargo, también emergen de forma minoritaria discursos donde la ausencia de comunicación y coordinación es considerado como un factor indiferente para trabajo en Atención Primaria. Una análisis más profundo de esta percepción pone de relieve el desarrollo de prácticas de salud realizadas de forma individualizada por los miembros del equipo de salud, donde el discurso de la comunicación no aparece en relación a sus prácticas cotidianas ni como cuestión a mejorar en el futuro.

Y si no quieres no tienes por que tener ninguna relación ¿sabes?
Es que no hay la necesidad de tenerla porque no...a no ser que haya un problema puntual ¿sabes?

La intersectorialidad apuntada anteriormente como una de las características de la Atención Primaria constituye también un elemento clave a tener en cuenta en la elaboración de políticas. En este sentido refiere el colectivo entrevistado desde aspectos relacionados con la macropolítica o políticas nacionales, hasta políticas a nivel a nivel autonómico, local e incluso políticas que orienten la gestión en

centro de salud. Señalan además otros aspectos afectan al desarrollo y los resultados de su práctica tanto en el centro de salud como en el domicilio.

Entre estos aspectos en general el colectivo entrevistado considera que el número de profesionales tanto del ámbito de salud como del ámbito social es escaso. Consideran que las **políticas de recursos humanos** encaminadas al incremento de profesionales no ha ido paralelo al crecimiento de la población y sobre todo al nivel de demandas que la población hace en la época actual.

Tú no puedes mantener menos profesionales con más demanda de salud...entonces...si además de eso...de acuerdo...estamos en el centro de salud y hay que cubrir estos servicios, pero tú no puedes tener a estos profesionales estresados diciendo *“Dios, aún me quedan tres domicilios para hacer”*...No...hemos de ir avanzando con el tiempo...dependiendo de lo que demande la población...

De forma particular, las estrategias y acciones de inclusión o reforzamiento en el centro de salud de profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos, son consideradas como una posibilidad de ampliar la cobertura de servicios a la población, pero también para permitir el asesoramiento entre profesionales. Muestra de esta consideración aparece reflejada en cuanto a la comunicación entre los profesionales de salud y sociales. En general consideran que **la ubicación de profesionales** de trabajo social en los centros de salud debería extenderse a todo el territorio de Mallorca, pero además consideran necesaria la continuidad de la intervención en un mismo centro, evitando estrategias de intervención compartida con otros centros y otras áreas.

El problema está, tenemos que empezar por eso, el trabajador social dentro de atención primaria de salud es el único representante social, y no está cada día, con lo cual, ya es un personaje que va...que parece que es difícil de encontrar...es que no sé qué, organizar horarios, claro, yo creo que este es uno de los problemas.

De esta forma, la situación actual como la ubicación de profesionales de apoyo únicamente en centros de referencia es señalada como un elemento que dificulta la comunicación y el conocimiento del trabajo mutuo. En sentido contrario, los discursos ponen de manifiesto la consideración de que la ubicación de equipos interdisciplinarios de forma continuada en el mismo centro de salud es considerada como un elemento que puede favorecer una comunicación orientada a intervenciones más integradas.

Pero es como la figura del trabajador social que ahora ya lo vemos normal que esté dentro de los centros de salud y que esté accesible. Entonces supongo que se irá introduciendo más, pero supongo que cuando ya haya fisio y tal, llegará un momento en que ya sabemos o que estará más accesible y será más fácil comentar. Y también le hablaremos nosotros...

En relación a la integralidad en la atención domiciliaria, apuntan los discursos que una mayor relación entre los profesionales flexibiliza los protocolos y sus criterios de inclusión, facilitando la derivación entre los distintos profesionales y llegando mejor a las necesidades de las personas. Este hecho pone de manifiesto la **limitación de los protocolos** de atención domiciliaria establecidos en base a criterios en relación con patologías, así como la complejidad e interrelación de necesidades de las personas en el ámbito domiciliario.

Hay gente que tiene muchos problemas, y lo que te da rabia es que en esto no puedes hacer nada. En el que no tendrías que ir, que es de complacencia, te queda un mal sabor de boca porque dices... "*bueno, pues ya está*", ya hemos fichado. Y realmente luego está el domicilio de la persona que realmente tiene problemas. Y el cuidador, que es la familia, que lo ves cómo lo están pasando de mal, o cuidadores contratados, es decir...pues ahí no hay recursos para ayudar a ese cuidador. Y tú vas viendo el abuelito como se va ulcerando y a veces es un mundo pedir un colchón, como pedir una silla de ruedas...

En cuanto a **estrategias con la población**, señalan en general una sobrecarga de los centros de salud, sobre todo de aquellos que cubren grandes zonas. Considera gran parte del colectivo entrevistado que las políticas de información a la

población sobre los servicios ofrecidos y las características de los mismos es poco efectiva. Para algunas personas, establecer un límite en sus intervenciones es complejo, señalando que la población tiene mayor conciencia de sus derechos particulares en la atención, pero que ello se traduce en una creciente demanda en un sistema de recursos limitados.

Como está el concepto de ...demandar...y de ...políticamente dar todo...respecto a la galería...porque...no nos olvidemos...de que estamos trabajando en una sanidad totalmente politizada...en la que a los profesionales se les pregunta más bien poco...y que esta sanidad está bastante lejos de la realidad...

Uno de los aspectos presente de forma recurrente en los relatos hace referencia las demandas realizadas por la población en cuanto a la atención domiciliaria. En algunos casos el colectivo entrevistado explicitan la percepción de una ausencia de **políticas organizativas y formativas centradas en la persona y la familia** que encamine a una identificación de las necesidades de salud de las personas, más allá de las demandas. En este sentido algunos discursos apuntan que la actuación profesional en el domicilio se fundamenta en las demandas realizadas al sistema sanitario y/o a los servicios sociales de forma independiente. Emerge en algunos discursos la percepción de la necesidad de organizar los servicios en base a necesidades multidimensionales que las personas presentan.

Tal vez es problema nuestro, del profesional. No sabemos darle el valor que tiene, es decir, detrás del control técnico que a lo mejor es necesario, y a lo mejor super secundario, pues ahí buscar realmente cuál es la necesidad de la persona.

Uno de los aspectos que consideran que interviene en el tipo y frecuencia de la demanda de atención domiciliaria a los profesionales, es el nivel de preparación de las personas que ejercen el cuidado continuado, tanto de tipo informal como formal.

El colectivo entrevistado insiste en sus discursos en el papel de las personas que ejercen el cuidado principal, señalando la importancia de establecer estrategias educativas desde el centro de salud así como una comunicación entre la familia y sus profesionales de referencia en el centro.

La movilidad o rotación de profesionales entre los centros de salud y de las instituciones sociales es señalado como un aspecto que dificulta el establecimiento de lazos comunicativos comprometiendo el vínculo tanto con los otros profesionales y con los usuarios. Más allá de la coordinación entre profesionales de forma individual, emerge de los discursos la necesidad de establecer **convenios institucionales de coordinación** entre las diferentes instituciones. Apuntan también a una intersectorialidad fomentada con la comunicación de información entre los estamentos sociales y sanitarios, que permitan acciones conjuntas.

Nosotros nos presentamos al equipo regularmente porque los equipos vamos cambiando y solemos hacer contactos...más que nada a nivel de coordinación, pero claro, después la gente va rotando.

Tiene que haber convenios institucionales de coordinación, no basta que entre los profesionales nos llevemos bien y nos coordinemos. Porque yo conozco a la coordinadora de enfermería del centro de salud y a la coordinadora médica ¿no? nos llevamos bien y ahora nos coordinamos. Pero te la cambian y la siguiente que viene tienes que volver a...o me cambian a mi y tiene que hacer...entonces tiene que haber convenios.

En general el colectivo entrevistado apunta que los sistemas informáticos favorecen un mayor conocimiento de las intervenciones de otros profesionales de salud aunque apuntan que todavía las vías de comunicación e información son susceptibles de mejora. Apuntan en este sentido que las políticas podrían fomentar el uso de sistemas de registro transferibles que facilitasen la valoración y la intervención del equipo multiprofesional y la comunicación de incidencias. Este aspecto es considerado como una posibilidad para hacer efectiva la intersectorialidad, facilitar el acceso de la población a los servicios.

Toda esta gente, gente que no sale del domicilio, pues pasan muchas horas todos solos, tienen mucha soledad, yo creo que nos habríamos de aglutinar un poco más los servicios sanitarios y los servicios sociales, para poder... Detectamos muchas cosas, pero todavía para profundizar más en toda esta falta de servicios y recursos que hay...yo supongo que son recursos económicos y recursos humanos.

Nosotros tenemos nuestro propio sistema de registro, nuestra normativa, es que estamos regulados aparte del sistema nacional de salud, es que ...vamos por otra línea. Yo tengo mi registro con mis hojas de registro, tengo mi base de datos, estoy sectorizado.

Uno de los elementos clave que influye en los resultados de la intervención primaria domiciliaria son las posibilidades socioeconómicas y los recursos disponibles por las familias. Los profesionales apuntan cuestiones referentes con la **política social y distribución de recursos**, considerando que las condiciones en que vive la persona es un factor que influye particulamente en su salud, al tiempo que también influye en sus prácticas.

La dificultad a veces es el nivel económico, cuando el nivel económico social de esa persona está rallando lo justito y te dificulta introducir cambios porque en un domicilio con un buen nivel no hace falta ser alto, un nivel económico medio, se pueden introducir cambios, se puede pedir un colchón antiescaras y la gente colabora. Cuando estás en un nivel económico bajo, son los domicilios más difíciles porque podrías introducir más cambios ... las ayudas sociales son las que son y las que tenemos y te deja con desasosiego sabiendo que podría estar mejor con una serie de cambios pero que no se pueden acceder a ellos.

El desarrollo de la Atención Primaria necesita medios y recursos. Algunos relatos señalan situaciones vividas durante los desplazamientos que sacan a la luz situaciones percibidas como precariedad laboral. Algunos señalan que las condiciones físicas, geográficas y su desplazamiento en coche propio dificulta su trabajo, haciendo referencia a este aspecto en la poca disponibilidad de algunos profesionales para desarrollar la atención domiciliaria. Si bien la mayoría asume esta situación como una condición más de su profesión en Atención Primaria,

otros apuntan a un cambio en cuestiones como la protección ante accidentes o una facilitación de su trabajo. De esta forma enfocan esta problemática hacia **políticas de recursos humanos y técnicos**, pero también **políticas de información** entre instituciones que eviten situaciones negativas para los miembros del equipo de salud durante el desarrollo de las visitas.

Porque a veces aparcas en una esquina y te ponen la multa...si fueras en un coche o una ambulancia no te la pondrían, pero hemos de utilizar nuestro coche para el trabajo.

Compañeras nuestras han tenido accidentes, claro, te puede pasar, y ni te cubre el coche, al día siguiente tienes que buscar otro coche para ir a trabajar...

Para algunas personas entrevistadas, no sólo los desplazamientos sino también la masificación y sobrecarga en algunos centros genera situaciones estresantes que pueden afectar a la práctica domiciliaria, con implicaciones también a nivel personal. Otra cuestión citada fue el tema de la inseguridad. Los relatos reflejan vivencias en el ámbito rural, cuando han de visitar domicilios geográficamente aislados, pero también en cuanto a la realización de visitas en barrios conflictivos de la capital y de otros municipios.

Has de visitar una casa que...que vas con miedo a veces, según que sitios que no sabes si te robarán el maletín cuando salgas.

En este sentido, señalan aspectos relacionados con políticas y medidas tanto de **seguridad ciudadana** y como a la **seguridad del profesional** para el ejercicio de su trabajo.

Uno de los elementos de coincidencia entre los relatos del colectivo entrevistado fue que la comunicación y coordinación puede verse influida por una falta de **conocimiento** de lo que los distintos profesionales realizan. Si bien apuntan que este conocimiento mutuo es mayor entre el microequipo de profesionales de medicina de familia o pediatría y enfermería, señalan que es limitado para otros grupos profesionales como los de trabajo social y fisioterapia.

En este sentido, también son los profesionales de estos grupos los que consideran con más frecuencia que su actividad no es conocida por los otros colectivos, que tienden a estereotipar o también a sobrevalorar sus funciones.

Lo que pasa con las unidades de fisioterapia es que son unidades de apoyo al centro en el que estás, digamos que no está dentro de, está dentro del centro físicamente pero no está dentro del centro. Y claro, el trabajo de un fisioterapeuta es un misterio, en una unidad de ...de (*risas*) ...es un misterio: qué harán en esta sala, ¿no?

Cuando hablamos sobre todo a nivel de solicitar ayudas...claro, ¡Ibsalut no tiene ayudas sociales! Sociales no tiene, todas las ayudas que tiene son sanitarias. Nosotros, como trabajadores sociales, todo lo que tenemos que solicitar para que este paciente esté mejor en el domicilio, ¡lo tenemos que pedir a otras instituciones! Y en esto a veces no nos entienden. Pero vamos a ver, yo cuando pido esto al ayuntamiento, lo puedo solicitar, pero ¡no lo puedo valorar! Puedo hacer la valoración, pero después no depende de mi, no es un servicio, es como cuando tú derivas a un hospital...

La cita anterior ilustra la consideración aparecida de forma generalizada por parte del colectivo entrevistado del ámbito social donde el desconocimiento percibido se inicia en sus funciones dentro del equipo de salud para trasladarse además al funcionamiento de las organizaciones. Apuntan un desconocimiento de otros miembros del equipo en las vías para el acceso a los recursos sociales, así como el rol de los profesionales en servicios como el de ayuda a domicilio. Emerge de algunos discursos la consideración de que este desconocimiento subyace en gran parte de los conflictos que se plantean en lo cotidiano, apuntan a aspectos de estrategia educativa y currículum en profesiones de salud y sociales.

Bueno, hay un desconocimiento entre las profesiones y luego está...la rivalidad (*Pausa*).

El modelo de Atención Primaria requiere un perfil profesional que tenga no sólo competencias profesionales específicas sino también y de forma destacada, competencias de tipo general que le permitan la comunicación, el trabajo en equipo o la mediación. Los discursos presentan el espacio domiciliario como un

espacio distinto del espacio de las instituciones, el cual les hace enfrentarse a situaciones nuevas y en las que tienen que desempeñar diferentes estrategias. En general consideran que la complejidad viene dada por el entorno y las relaciones que se establecen en el domicilio y no tanto por el tipo de práctica en sí, apuntando al desarrollo de estos aspectos dentro de la **formación profesional**.

He pensado, con las cosas que he hecho...nunca he hecho nada de formación domiciliaria ¡y con los domicilios que he hecho en mi vida! de agudos y crónicos y tal, fíjate, es una cosa que vas aprendiendo con el tiempo.

Es que además yo veo la actuación en el domicilio no como específico sino como lo más general, es donde abarcas más aspectos, que se necesita formación sí, pero una formación que debería estar incluida en la enfermería comunitaria no una formación aparte. No creo en que sea una especificidad los cuidados en el domicilio.

Finalmente, en cuanto a la **valoración de la Atención Primaria domiciliaria**, el colectivo entrevistado manifiesta opiniones altamente divergentes. Para algunas personas la atención domiciliaria no es un servicio valorado o impulsado ni por los profesionales de salud y ni por la administración, señalando en algunos casos que incluso ha empeorado en los últimos años, convirtiéndose en una actividad rutinaria en la que prima el desarrollo de controles o intervenciones consideradas definidas como técnicas. La cita siguiente ilustra esta consideración:

Para mi la atención domiciliaria no es una atención de calidad, para nada y yo veo muchos fallos. Quiero decir, cuando se inició la reforma la estructura no era la que hay ahora ni el trabajo era el que hay ahora. Antes había...uf, podías dedicarte a hacer muchas cosas...ahora es un castigo. Un castigo, entre comillas, para el profesional. Porque hacer domicilios quiere decir correr, porque tienes que ir corriendo a la casa, venir...

Otros discursos apuntan que la priorización que este tipo de intervención tiene en el centro de salud depende no sólo de la organización o de las condiciones externas para su realización, sino también de la motivación intrínseca de los

distintos profesionales, su satisfacción con este tipo de actividad, y las variadas consideraciones de la responsabilidad como profesionales en la atención de la comunidad.

A mi me gusta, pero creo que estoy en una zona privilegiada por lo que te he comentado antes, que no es lo mismo hacer domicilios en (*cita la zona*) o...que hacerlos en (*cita la zona*), claro, por el tipo de cuidadores que te encuentras

Yo me encontrado así de veces gente que estaba en la habitación fatal. ¿Qué hago?, le digo a la enfermera “*oye...que este señor... no se cómo se toma la medicación, eh?, porque me ha dicho que se toma esto y esto...*”. “*¿Esto? Pero si esto no se lo tiene que tomar!*” ¿Sabes? la gente que está en casa es un problema. Ya te digo, yo a veces me encontrado...esto más de una vez, ¿eh? pero será porque yo le he oído a veces, no te creas tú que es que...y ya te digo, hay equipos con los que no hay ningún problema y al contrario, yo me siento apoyada y tal y hay otros que...“*ah, bueno,...*” que la atención domiciliaria...pues quizás es menos importante y yo considero que la atención domiciliaria es básica en Atención Primaria de Salud.

La valoración de la atención domiciliaria trae a los discursos a la cuestión de la organización de ésta, apuntando algunas personas entrevistadas la necesidad de tener perfiles distintos de profesional para la intervención domiciliaria y la atención en el centro de salud. En el diálogo siguiente se reflejan los dos posicionamientos más divergentes en cuanto a la consideración de los profesionales que han de desarrollar de la atención domiciliaria en Atención Primaria:

A: A ver, ahora te digo lo del libro...“*por supuesto ...(risas) y que hay que ir a todo lo que se nos demande...*” Luego otra cosa es, vamos a ver...¿creemos que el mismo profesional? Yo creo que el mismo profesional que atiende en el centro de salud no debería atender domicilio...por una razón de funcionalidad...el trabajo...la demanda.

(...)

B: Pues yo, personalmente, en contra de lo que dice (*cita el nombre*)...en contra, no opino como (*cita el nombre*). Opino yo,

como enfermera comunitaria donde trabajo, tengo que ir a los domicilios y quiero ir a los domicilios. No me quiero perder esa información que me da el domicilio que es...amplísima...la información que me da ir a una casa a ver a MI paciente (*con énfasis*).

Como recoge la cita anterior, algunos los relatos que apuntan que la intervención domiciliaria supone una obligación y una posibilidad para el profesional, pues es en el domicilio donde puede realizar valoraciones más integrales y adaptadas al contexto. Subyace en los discursos una consideración de la Atención Primaria que incluye aspectos de su conceptualización, como la longitudinalidad, continuidad o cercanía a la persona y su entorno. Estas percepciones son relacionadas con una valoración positiva de la actividad domiciliaria y son consideradas un estímulo para provocar cambios organizativos que mejoren la atención.

Me quitarían la parte más gratificante. Pero a parte es que pienso que si queremos ofrecer una de las filosofías de atención primaria es ofrecer un continuo de cuidados desde el inicio de la vida hasta el final de la vida, pasando por la salud... del proceso hasta la enfermedad, con lo cual, si derivas en el momento la persona no pueda acudir al centro, derivas otro equipo,...se rompe este continuo, es como si estuviera hospitalizado a domicilio, no es el equipo de referencia.

Yo es que mi trabajo sin la intervención en el domicilio...yo es que no le vería mucho sentido...sería una burócrata que está ahí todo el día rellenando papeles.

Profundizando ahora en los discursos que apuntan a la diferencia de perfiles, fue posible identificar dos perspectivas. En algunos discursos subyace la caracterización de las actividades a realizar en el entorno sanitario como intervenciones sencillas, con un componente fundamentalmente técnico, con poco valor en el aspecto relacional y fácilmente delegables a otros profesionales. En el polo opuesto, otros apuntan a la especificidad de las intervenciones domiciliarias que requiere la presencia de profesionales especialistas en este ámbito de forma exclusiva.

Algunos discursos apuntan a la realización de toda la atención domiciliaria por estos equipos, mientras que para otros, la existencia de equipos especializados sólo se justifica como un apoyo a la labor de los equipos de los centros de salud.

El paciente puede tener un de referencia un enfermero y un médico, pero es que el paciente tampoco te demanda que seas tú muchas veces. Hoy por hoy los centros también permitirían que...porque claro, para sacar una analítica o para hacer una serie de cuidados tampoco hace falta que sea el mismo. Eso no es personal. Es decir, para las técnicas, para lo de correr, se puede decir, para lo del día a día, pues ya los centros podrían estar ya dotados con una persona que podría ser conductor y que podría tener otra función. Y tener gente que haga todos los domicilios del centro para estas cosas.

El equipo tiene que hacer atención domiciliaria seguro. Que a lo mejor...¿tienes un equipo específico que te ayuda?...pues bueno, pero el equipo no puede dejar de hacer domiciliaria.

Las **condiciones en que se desarrolla la atención domiciliaria** son descritas en algunos relatos para justificar un discurso de separación de las actividades del centro y las actividades domiciliarias y con ello dos perfiles profesionales. La percepción de insatisfacción con la atención domiciliaria subyace en los discursos en general, aunque la mayoría del colectivo entrevistado apunta a que las estrategias han de ir más encaminadas a modificar las condiciones que generan las valoraciones negativas por parte de los profesionales, antes a crear grupos específicos que realicen esta intervención.

Sí, encontrarías gente, sobre todo en las condiciones actuales,...quiero decir, con las condiciones actuales me refería a la sobrecarga, etc, y entonces, yo creo que habría gente que opinaría que,...o que podría opinar...que eso a lo mejor sería bueno porque así ellos no salen. Yo creo que eso es un error y es una trampa para la atención primaria como si dijéramos, no? porque por el hecho de que se den malas condiciones...llegar a crear un servicio, como ya ha pasado en otras cosas, un servicio específico para dar una atención en vez de crear las condiciones para crearla..., además siempre que se implanta un servicio específico la cobertura del servicio es mucho menor que la que darían los médicos de familia, si creas un servicio nada más para

dar atención domiciliaria, la cobertura que podría dar sería muy menor que la que harían los médicos de familia, lo ideal es...entonces, crear las condiciones para que se pueda hacer, porque además da un servicio mucho más integral al paciente.

Algunas personas del colectivo entrevistado manifiestan que con las condiciones adecuadas de recursos y tiempo podrían asumir más intervenciones domiciliarias. Algunos discursos cuestionan la necesidad de la existencia de los equipos de apoyo a la atención domiciliaria (ESAD) si los profesionales de los centros de salud tuvieran condiciones organizativas para asumir ésta, evitándose los problemas de la coordinación y luchas de poder entre los profesionales de salud. Apuntan en este sentido a vivencias en estos equipos, restándole el valor especializado que para otros justifica la necesidad de esta organización diferenciada.

Pues...a ver...yo creo que el trabajo del ESAD lo podríamos hacer nosotros perfectamente...(...) Es decir, que todo el trabajo que ellos hacen, lo podemos hacer perfectamente si tuviésemos un poquito más de tiempo, que le pudiésemos dedicar...pues media hora a la semana a un paciente ...tranquilamente...pues es que no necesitaríamos equipo de soporte...pienso. Porque todas las técnicas y todas las medidas y todo lo que hacen pues lo podemos hacer perfectamente nosotros. Pero, como tenemos el sistema que tenemos, no tenemos tiempo, no tal, pues a mi me parece bien que haya alguien que lo cubra y que tenga esa disponibilidad de poder ir allí y estar una hora con ellos...si hace falta...entonces. No sé...ya que nosotros no lo podemos hacer...pues al menos que estén y que sí que puedan hacerlo bien.

En esta sección de los resultados he presentado las percepciones que iluminan el escenario en el cual la atención domiciliaria se desarrollan en el contexto estudiado según el colectivo entrevistado. A continuación presento el tercer bloque de resultados agrupados en bloque temático referente a la fisioterapia en la atención domiciliaria.

8.3 LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

En los apartados anteriores he presentado las consideraciones del colectivo entrevistado respecto a la Atención Primaria domiciliaria, incorporando también su experiencias y vivencias en esta intervención. Teniendo en cuenta la cuestión de esta investigación, se han organizado a continuación los resultados de forma que en primer lugar aparecen los elementos sobre la concepción de la fisioterapia en el domicilio y las características de las intervenciones. Los resultados hacen referencia a la fisioterapia domiciliaria, las demandas y organización, los apoyos y otras consideraciones que encaminan al colectivo entrevistado a posicionarse en las estrategias de desarrollo de la fisioterapia en el entorno domiciliario recogidas en el segundo apartado de este bloque.

8.3.1. CONSIDERACIONES DE LA ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO

En referencia a la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, en general el colectivo entrevistado considera que es una intervención con características adecuadas al modelo de Atención Primaria. En general consideran la intervención de fisioterapia en el domicilio como una parte del **rol comunitario del fisioterapeuta de Atención Primaria**. Algunos apuntan con énfasis que esta intervención representa sólo una parte de la intervención comunitaria del colectivo de fisioterapeutas en el modelo de Atención Primaria.

Estos aspectos ha sido señalados por los profesionales de los diferentes grupos entrevistados, es decir, profesionales de la fisioterapia pero también y de forma particular por profesionales no fisioterapeutas. Las citas siguientes ilustran este hecho:

Dentro de lo que es la circular básica de reglamentación de la AP,
una parte es la fisioterapia domiciliaria

Cuando hablaste de atención de fisioterapia en el domicilio pensé: *“no sólo en el domicilio, ya sería un paso enorme que estuvieran en todos los centros disponibles y eso, también en escuelas, también en talleres para cuidadores, también...”* No sólo en el domicilio sino abrir más el campo.

La fisioterapia en el domicilio se presenta en los discursos como una forma de organización de Atención Primaria que facilita la **accesibilidad** a este servicio, permitiendo responder a necesidades tanto de las personas que no pueden desplazarse al centro de salud y como de quienes les cuidan, de manera continuada. Emerge de los discursos la consideración de que este servicio es un derecho de la población, apuntando que si no se provee de forma pública desde el sistema de Atención Primaria, algunas familias no podrán asumir el coste de la intervención.

Las vivencias expresadas que relatan cómo algunas familias asumen este servicio de forma privada, pero otros colectivos que definen como personas mayores o familias más desfavorecidas, disponen de pocos recursos para asumir el gasto de su atención en salud. De forma particular, algunos discursos apuntan además que el esfuerzo terapéutico que realizan las instituciones en cuanto a la fisioterapia puede variar según el grupo poblacional, apuntando a desigualdades en salud para los grupos de más edad.

Es necesario. En el caso de atención primaria de salud me parece correcto cubrir ese servicio, es un derecho para los pacientes y una obligación para los profesionales.

Yo he tenido casos en (*cita el lugar*) de gente que pagaba un fisioterapeuta para que fuera a casa, principalmente en rehabilitación de ACVs y pagaban de su bolsillo un fisioterapeuta para que se desplazara hasta su casa y les hiciera la rehabilitación porque en muchos casos...Porque si es una persona joven, si es tributaria de ir a unas consultas externas o hacer una rehabilitación..., pero cuando ya es una persona más mayor parece que bueno, ya tiene que conformarse con lo que le ha pasado y sí que ves que se benefician de ese servicio, aunque sea pagándolo y hay una posibilidad de recuperación sobre todo si se inicia pronto.

La cita anterior recoge la percepción de una parte del colectivo entrevistado en como actualmente la provisión de servicios de fisioterapia va más dirigida a aquellas personas más jóvenes o con mayores posibilidades de recuperación. Inciden en este sentido en la consideración general de que los grupos más frágiles y con mayor riesgo de dependencia no reciben atención de fisioterapia en la misma medida que otros grupos poblacionales, mostrando la consideración de **prácticas discriminativas** del sistema de salud. Señalan algunos entrevistados que precisamente en el ámbito domiciliario es donde se ubican las personas más mayores y con más necesidades, apuntando una posible relación con la falta de prioridad que tradicionalmente este servicio ha tenido desde la sanidad pública.

Dejas la población en el domicilio sin un servicio que otra población por poder desplazarse a un centro tiene derecho y en teoría está el principio de equidad, y por lo tanto dejas una población excluida del servicio.

Para mí es un personaje o un profesional, más que un personaje (*risas*), un profesional que decir, en todos los domicilios, justamente en el programa de atención domiciliaria, de que...¿qué persona no va...que tiene que estar en el programa de atención domiciliaria? La persona que no puede acceder a los servicios, y ya te digo...

En consonancia con lo anterior, los discursos muestran la percepción de que la intervención de fisioterapia en el domicilio ha de desarrollarse de forma que se asegure una **longitudinalidad** en la atención en salud, tanto después de intervenciones especializadas como mientras la persona está a la espera de ser atendida en otras instituciones sanitarias o sociales.

A veces le dan el alta, de ahí hasta que vuelven a pasar por el especialista ya pasaron veinte días, después cuando le dicen “ha de hacer rehabilitación”, pasa un mes desde ...y este tiempo...yo creo que estaría mucho mejor comenzar antes...

Profundizando en la cuestión de la longitudinalidad, otro de los aspectos señalados fue la consideración de que fisioterapia en el domicilio puede ser especialmente útil en personas que han sido dados de alta en un centro de atención

especializada. Emerge de los discursos la percepción de que la intervención de fisioterapia en el domicilio permite realizar una atención adaptada al entorno que puede repercutir favorablemente en el nivel de autonomía para las personas.

O sea, que la rehabilitación a domicilio yo creo que y juraría que todo mundo o la mayoría piensa igual que yo, que es imprescindible para prevenir el deterioro y para seguir rehabilitando esa persona que ya ha sido rehabilitada en hospital pero que va a ir a su casa y tiene que volver otra vez a adaptarse al domicilio y reiniciar su vida.

Sin embargo, aunque se apunta el valor de la fisioterapia preventiva, una parte del colectivo entrevistado apunta en sus discursos la consideración de la fisioterapia domiciliaria como un **servicio delimitado** exclusivamente a aquellos casos en que existe la imposibilidad para ser atendido en una institución sanitaria. Consideran de esta forma, que el desplazamiento del fisioterapeuta al domicilio ha de ser exclusiva a casos muy específicos.

En principio debería estar marcado así, desplazarse al domicilio siempre cuando el paciente no pueda desplazarse al centro. Sólo que se permita el servicio para que el paciente no salga de casa no tiene ningún tipo de sentido.

La atención en los centros sanitarios puede proporcionar efectos positivos para las personas que necesitan intervenciones de salud, sobre todo en la esfera social. El colectivo entrevistado señala que la intervención en las instituciones sanitarias favorece una comunicación y establecer relaciones interpersonales, evitando el riesgo de aislamiento si siempre se desplazan todos los profesionales al domicilio. Esta consideración aparece en sus discursos en relación a la fisioterapia, poniendo en duda que la intervención domiciliaria esté recomendada en todos los casos.

Además, algunas de las personas entrevistadas plantean la cuestión de la **rentabilidad** de un recurso escaso en Atención Primaria. Los discursos reflejan la percepción de que la intervención de fisioterapia en el centro de salud permite tratar más personas en el mismo período de tiempo que la intervención

domiciliaria, planteando la limitación de la atención domiciliaria. Esta cita ilustra esta consideración:

Porque si hay mucha gente que le va muy bien la fisioterapia pero él se puede desplazar, eso a nivel sanitario es mucho más rentable, le sacas más jugo a ese profesional, su mensaje corre más...detrás de él va otro, puedes hacer cosas dos a la vez, todos los que tienen de rodilla, no sé, ¡le puedes sacar mucho más jugo a ese profesional! Lo rentabilizas más, eso, llevando codos, no sé cómo decirlo. Claro, individual...ahí está, en ese entramado que igual no tiene ni las condiciones físicas, ni las camillas ni la luz ni...¿me entiendes? Yo creo que se saca menos jugo, yo creo que al domicilio queda un bloque de pacientes muy concretos sólo...el que no se desplaza.

Se apunta en algún caso particular que la atención en el centro de salud tiene mayor **calidad** que la intervención domiciliaria, argumentando que en la unidad de fisioterapia existen más medios y recursos. Esta consideración de la especificidad y de la complejidad de los recursos usados en la fisioterapia fue señalada de forma generalizada por personas de todos los grupos profesionales.

En este sentido, las **limitaciones** para el desarrollo de los métodos y técnicas de tratamiento en el domicilio fueron señaladas, si bien salvo en casos particulares, los discursos no identifican estas limitaciones como un motivo para renunciar a la intervención de fisioterapia.

Yo lo que es la asistencia domiciliaria la veo un poco complicada porque el fisio para dar una buena calidad de tratamiento necesita disponer de unas medidas que para mí son muy importantes. No es lo mismo trabajar con una persona en la cama de su casa que trabajar en un centro de salud en una camilla o con una camilla que tú la subes y la bajas según la maniobra. En el centro de salud tienes apoyo de electroterapia que te puede ir bien, que no son tratamientos principales pero que son de apoyo...y esto es la pega que le veo yo.

Pero si el fisioterapeuta ve que la técnica no se puede hacer en el domicilio, porque es muy específica y hay muchas barreras o por lo que sea, pues es cuando nos lo tiene que decir a nosotros y a lo mejor ahí buscar otra salida, que vaya a otro sitio o lo que sea.

Aunque como se ha dicho, en varios relatos aparecieron consideraciones hacia la fisioterapia como una intervención específica, la participación de profesionales de fisioterapia en el domicilio se consideró de forma amplia, de tipo **generalista**. Los discursos apuntan una intervención en que se valora la visión particular de este colectivo profesional para desarrollar evaluación, asesoramiento y educación para la salud a partir de un primer contacto en el domicilio, que permite la toma de decisiones sobre las mejores opciones terapéuticas. Los discursos señalan que los beneficios de esta intervención están más relacionados con el entorno en que se produce que por la aplicación de determinadas técnicas, refiriéndose a la forma en que la atención de fisioterapia puede desarrollarse atendiendo a las necesidades de salud centradas en las personas.

A: Pero es que domiciliaria no es lo mismo, no es lo mismo por mucho que quieras, la técnica, el tratamiento ya no es lo mismo...Pero, bueno, yo también pienso que el problema del domicilio... no es la técnica lo que me preocupa. En el domicilio lo que hay que hacer básicamente es entrar...

B: Es que el domicilio es la parte real donde vive la persona

A: ...quiero decir, que lo que nos falta ahí es educar

Cuando tú ves el paciente, entonces captas las necesidades, ¿entiendes?. Yo puedo tener un aparataje de electroestimulación, o tengo un paciente a lo mejor que precisa una tonificación x de una musculatura o precisa algo analgésico...pues entonces ya...ya se miraría ¿entiendes?. Pero en principio sí, lo único que lo más importante de los fisios son las manos y captar...captar un poco la problemática y de ahí... ¿qué vas a pedir?... no vas a tener ahí un microondas, no vas a tener ahí un aparataje de láser, no, no...simplemente un poco...esto.

Entre las **actividades** a desarrollar desde la fisioterapia en general se pueden agrupar en tres pilares diferenciados. Como se ha dicho, inciden de forma mayoritaria en los procedimientos de evaluación de la persona y su entorno y en las actividades de prevención y educación implicando también a los cuidadores y la familia. Otro pilar de la intervención fue señalado en relación con el asesoramiento a otros profesionales, tanto en cuanto a clarificar los criterios de derivación hacia la fisioterapia domiciliaria como en cuestiones relativas a la

evaluación continuada y seguimiento del nivel de funcionalidad de la persona en su domicilio. Incluyen en este asesoramiento aspectos relacionados con la persona, pero también con el entorno y las personas que ejercen el cuidado. Ambos pilares apuntan a intervenciones que suponen una consideración integral de la práctica profesional de la fisioterapia.

Sin embargo, como veremos posteriormente las **intervenciones personalizadas** incluidas en otro pilar de la intervención son descritas en función de técnicas específicas en relación con la patología y sus secuelas y representa el aspecto de mayor dificultad para concretar las acciones, excepto para el grupo de profesionales fisioterapeutas. En este sentido, fue posible observar con frecuencia que el colectivo entrevistado mostraban dudas sobre cuáles pueden ser la totalidad de las acciones terapéuticas a desarrollar por los y las fisioterapeutas. De esta forma, aunque en muchos casos se señala que la intervención puede ser múltiple, muestran dificultades para delimitar acciones concretas. La cita siguiente ilustra este hecho:

La gente...es que básicamente en el domicilio yo no sé que tipo de rehabilitación se podría hacer, pero imagínate, se podría hacer bastante cosa...pero no lo sé tampoco, ahí ya me pierdo un poco.

Yo no soy fisio y en eso...a lo mejor...no sé...digo cosas que...pero bueno...con lo de la movilización y ...y también educar y ... y valorar todo ¿no? desde su visión, ¿no?

Tal y como queda reflejado en la cita anterior, estas dudas fueron evidenciadas tanto en la forma como en el contenido de las respuestas. Los datos revelan que para el grupo entrevistado, independientemente de la especificidad de las acciones desarrolladas, en general éstas producirán **un beneficio** a las personas.

De esta manera emerge de los discursos la consideración de la fisioterapia en la atención domiciliaria en el momento y contexto actual como **un lujo**, haciendo referencia a las políticas de recursos humanos en cuanto al número de fisioterapeutas en Atención Primaria en Mallorca.

Ahora lo vemos como un lujo...pero a lo mejor hay comunidades que funciona, pero claro,...ahora nosotros lo vemos como un lujo.

De forma repetida se destaca especialmente las actividades de valoración de la funcionalidad física actual y potencial que permita inferir el nivel de **autonomía y dependencia**. Consideran en este sentido que al igual que los otros grupos profesionales realizan los procesos de valoración y diagnóstico, el colectivo de fisioterapeutas en el domicilio han de realizar estos procesos que le encaminen a la planificación de objetivos y diseño del tratamiento.

Yo creo que a todo paciente de atención domiciliaria se le ha de hacer una valoración inicial y después general de movilidad, igual que te planteas qué...pueden conseguir pues ...qué dieta puedes conseguir que hagan, y desde fisioterapia ellos también, desde este punto de vista, valorar cómo está, qué tratamiento puede seguir...si es necesaria o si puede obtener beneficio de esa actividad.

En este sentido, los discursos derivados de los diferentes grupos profesionales dejan entrever dos **tipos de objetivos** en cuanto a la intervención de fisioterapia. Algunos reflejan la consideración de que unos objetivos van encaminados a la recuperación de los procesos patológicos que afectan a la persona y mientras que otros objetivos van encaminados a evitar mayores complicaciones por su situación de dependencia. En este sentido, verbalizan una distinción entre la intervención con aquellas personas en que se espera conseguir resultados observables a corto plazo mediante una intervención transitoria y limitada en el tiempo, y aquellos en los cuales el objetivo se centra en mejorar las condiciones en que la persona convive con la enfermedad.

Consideran, sobre todo en esta segunda situación, que su labor es fundamentalmente educativa y de asesoramiento.

El primer día, marcar un objetivo, tanto si es hacia un lado, o sea de mejoría real como si es hacia...no, lo que tenemos que hacer es una educación para la salud y esa persona...pues...siendo realistas...tiene esas capacidades, hay que insistir mucho en los cambios posturales por las úlceras por presión, hay que insistir en el hecho si puede manejar las manos, hay que insistir en el manejo de las manos para comer y peinarse...y movilizaciones de piernas para no anquilosar articulaciones y eso...creo que habría que hacer así no tanto una...claro, luego tienes otro tipo de pacientes que tienes que poner en pie para ver, ...pues mira, eso sería otro que sí tiene un objetivo de mejoría real.

La valoración a realizar por el colectivo de fisioterapeutas emerge de los discursos como una parte de especial relevancia en la visita domiciliaria. De esta manera, en algún caso de forma particular, se hace referencia a **visitas preventivas** que permitan identificar situaciones de riesgo de dependencia o aislamiento social. En general el colectivo entrevistado hacen mención a aspectos concretos como la prevención de caídas o la prevención en personas con afectaciones respiratorias crónicas, para evitar crisis y recaídas. La cita seleccionada ilustra la consideración de las visitas preventivas desde una perspectiva más global.

A veces por el hecho de cierta edad, por perder poco a poco la autonomía personal, sin que suceda nada de especial, no hay una estimulación. Entonces esas personas poco a poco van perdiendo su autonomía, sin que se haya roto una cadera, sin que haya pasado algo nada en concreto y están en sus domicilios y van perdiendo autonomía. Entonces es ahí donde se puede hacer una prevención. Es ahí donde yo creo que tiene que empezar todo lo que es la fisio y rehabilitación a domicilio, previniendo situaciones en que desencadena que después no puedan mantenerse y vivir ellos solos en su domicilio.

Surge de los discursos la consideración de que la valoración ha de centrarse tanto en la la persona afectada como en las personas que ejercen el cuidado de tipo informal en el domicilio.

En este sentido, señalan específicamente el papel de la fisioterapia en la atención domiciliaria con **las personas que ejercen el cuidado principal**, relacionando la mejoría de las consecuencias físicas negativas que el cuidado del familiar les comporta, con la intervención preventiva de la fisioterapia.

En formación a cuidadores, pues las enfermeras asumimos la ergonomía de la espalda, como movilizar..., pero tener un profesional especialista en esas cosas daría mucho más juego, incluso una complementariedad, sí una complementariedad a la hora de explicar.

En cuanto a la organización de esta atención, un aspecto de coincidencia en el colectivo entrevistado fue la percepción de la necesidad de incluir a las personas que forman parte del cuidado informal y formal en la intervención de fisioterapia. De forma particular consideran que asesorar a quienes ejercen el cuidado puede asegurar una continuidad de la atención de fisioterapia en el domicilio y del autocuidado.

Tampoco creo que sea la única tarea que debería hacer el fisio en el domicilio, la rehabilitación propiamente dicha. Educación en AP, es lo mas importante, educar para que todo lo que puedan hacer ellos, lo deben hacer ellos, debemos dar las armas, los conocimientos, las habilidades para que puedan hacerlos ellos .

El fisio no es tanto para que trabaje a nivel técnico como a lo mejor para que motive al paciente o al cuidador y que le diga “*si lo levantas así tal, si caminas así cual*”.

En cuanto a **la colaboración de profesionales de trabajo familiar**, los discursos de profesionales del ámbito sanitario señalan que es un colectivo profesional clave para el desarrollo de actividades que relacionan con la fisioterapia, considerando su colaboración un pilar fundamental que influye en los resultados obtenidos con la fisioterapia. Apuntan sin embargo que esta colaboración depende de la voluntad personal de los profesionales de trabajo familiar, mostrando en los discursos una dificultad para clarificar si el apoyo a la labor de los profesionales de la fisioterapia se encuentra entre las funciones del colectivo de trabajo familiar.

También se puede enseñar a las trabajadoras familiares. Piensa que ellas también están en el domicilio y a veces podrían hacer también alguna cosa...como una continuidad...

Y no creo que todas las personas que están en sillas o...a ver, que con un mínimo de atención, mejorarían, porque...ya te digo,...de hecho, ¡lo hemos visto con las trabajadoras familiares! Un domicilio en donde no había trabajadora familiar después de dos o tres meses que va la trabajadora familiar...se nota un cambio...a nivel de calidad con este paciente...¿por qué? Porque es una persona que le ayuda, que le levanta, tal...

En general los discursos de profesionales del ámbito social apuntan que al igual que la familia puede intentar colaborar en aspectos sencillos relacionados con la movilidad de la persona afectada, puede hacerlo también la trabajadora familiar. Sin embargo también puntualizan en este sentido, que las actividades domiciliarias del colectivo de trabajo familiar son concretadas y asignadas desde los Servicios Sociales y no desde Atención Primaria. Señalan por ello, que no ha de ser considerado como un profesional de soporte a profesionales de salud.

Emerge en los discursos la consideración de la atención de fisioterapia como una intervención realizada profesionales especialistas, manifestando que sus funciones no han de ser delegadas a otros colectivos profesionales del ámbito domiciliario. Subyace en algunos discursos la consideración de la fisioterapia como una intervención propia del **profesional fisioterapeuta**, lo que incluye una visión y una metodología de trabajo más allá de la realización de una serie de técnicas fácilmente delegables a otros profesionales, que por otro lado ya tienen unas funciones propias a desarrollar en el domicilio.

De forma generalizada las personas entrevistadas hacen referencia a la valoración realizada por el colectivo de fisioterapeutas como un mecanismo útil para **asesorar a otras personas del colectivo de profesionales**. Señalan de forma diferenciada el asesoramiento por parte de fisioterapeutas sobre las condiciones de autonomía y las posibles condiciones de dependencia de los usuarios, pudiendo

ayudar a profesionales de trabajo social en la toma de decisiones sobre los recursos más adecuados para las personas y sus familias.

Al paciente se le cura, se le repara más que curar (*risas*), pero después una vez que ha salido del hospital...ya no...no se mantiene, ya no hay un mantenimiento de este paciente. Una vez al año o cada x meses va a ver al especialista, los que vienen a consulta bien, pero ¿sabes? después hay ahí un vacío ¿no? yo creo que a nivel de esto, de rehabilitación para mí el fisio es el profesional que tendría que asesorar al médico, asesorar a la enfermera, asesorarnos a nosotros, asesorar a la trabajadora familiar, asesorar a la familia, enseñar a la familia...

El asesoramiento de fisioterapia incluye cuestiones prácticas en la atención domiciliaria. De esta forma, consideran gran parte de las personas entrevistadas que ya realizan atención domiciliaria que este asesoramiento puede permitirles incorporar otros consejos durante sus propias intervenciones para las personas y a sus familias.

Otros discursos apuntan el papel del colectivo de fisioterapeutas en la orientación y asesoramiento en cuanto a los criterios de derivación. Consideran que parte de las funciones de este colectivo es indicar aquellos casos en los que se puede esperar una mejoría o en qué manera la intervención de fisioterapia va a suponer un beneficio para la persona ubicada en el domicilio. Apuntan los discursos al papel del colectivo de fisioterapeutas en la toma de decisiones y delimitación de la demanda que puede recibir este servicio. Esta cita extraída de una entrevista muestran esta percepción.

Sí...que a lo mejor sí que sería fantástico...que tuvieran un fisioterapeuta a domicilio. Por lo menos...a nosotros es que para hacer una conjunta es que nos iría muy bien. A lo mejor no...o enseñar a los familiares cómo hacerlo o... no sé cómo se podría plantear, pero...que sí que a veces dices que sí que hay esta paciente que...a lo mejor haciendo los ejercicios mejoraría...o no hubiera degenerado tan rápido ¿no? que no lo sabemos y que un fisioterapeuta sí que, sabe más como trabajar este tema.

En cuanto a las actividades a desarrollar en la visita de fisioterapia, la atención personalizada en el domicilio es considerada como una posibilidad de influir en la reducción del nivel de sobrecarga de quien ejerce su cuidado. De forma particular algún relato señala que la intervención de fisioterapia en el domicilio debe considerar a quien cuida y a la persona cuidadas no sólo en intervenciones educativas y preventiva, sino también incluso en la intervención directa.

Otra de las cosas que yo veo muy interesante y que creo que es un déficit y que a veces no podemos cuidar en el caso de Palma porque no coincidimos con el cuidador principal...serían los hábitos de higiene postural a los cuidadores, que eso es una cosa que...en el caso mío de Palma, por la incomparecencia creo que está muy al aire, porque luego te vienen, el día que coincides y tal “*tenc un mal d’esquena...*” y estás pensando....seguro, cómo ha movilizao y cómo ha hecho (*gesticula como para mover a una persona*). Una relajación, etc.,...y esas personas, pues es como si las tuvieras en tu cupo, y a veces no son ni de tu cupo...

La dificultad que algunas personas entrevistadas presentaron para **identificar acciones concretas** que pueden ser desarrolladas en el ámbito de la Atención Primaria desde la fisioterapia, la relacionan tanto con las características de su formación profesional como con la falta de fisioterapeutas en el centro de salud, que a ellos les puedan servir como una referencia. Sin embargo, parte del colectivo entrevistado, aún estando ubicado en centros con unidades de fisioterapia, reconocen también desconocer que acciones se realizan desde la fisioterapia.

Si ahora me dices ¿qué hace el fisio en atención primaria? Pues yo te diría, pues...tiene una consulta en un centro de salud...donde supongo que irá gente a hacer rehabilitación. He visto que tienen una camilla, unas pesas, pero poco más...

También el colectivo de fisioterapeutas manifiestan percibir **un desconocimiento** de sus actividades por parte de otros grupos profesionales. Señalan en este sentido que una de las formas en que perciben este desconocimiento es en las fichas de derivación, tanto desde Atención Primaria como desde atención especializada,

pero también en la poca comunicación que otras personas del centro establecen con este colectivo.

Yo siempre llegaba a un servicio en el que todo el mundo da por supuesto lo que es y en realidad luego te das cuenta que nadie sabe lo qué es.

Fue posible, a partir de los relatos, constatar que los profesionales buscan en sus vivencias una forma de conceptualizar la fisioterapia en Atención Primaria. De esa forma, emerge de los datos la perspectiva de que la fisioterapia interviene en la funcionalidad de las personas, actuando sobre sus limitaciones o secuelas. Sus referencias evidencian una consideración de la intervención en relación con estas afectaciones y cómo ellas influyen en la autonomía de las personas.

Aquí no, no tienen celadores que le ayuden a levantarlo, no hay auxiliares que los laven, la enfermera...eso, si tienen que ir a hacer unas curas va, a tomar una tensión, a explicarle en un momento dado *“mire eso...tiene usted que caminar”*, pero es mucho *“tiene usted que, tiene usted que”* vale, pero...quién le enseña luego cómo tiene que apoyar el pie o qué ejercicio tiene que hacer...o..., ¿sabes? entonces yo ahí veo que hay una laguna, una laguna. Por eso te estoy diciendo que no entiendo por qué los fisios no pueden ir a domicilio, es algo que no...no entiendo.

Manifiestan los discursos la importancia de la fisioterapia en el domicilio en los procesos crónicos y de dependencia. Ello queda evidenciado en el enfoque de la mayoría de sus respuestas, centradas de forma preferente en las patologías y con ello en una **visión rehabilitadora** de la fisioterapia.

En un domicilio...donde posiblemente se necesite a un fisioterapeuta, sea un domicilio de una persona mayor, de una persona discapacitada o de una persona con una enfermedad crónica, por ejemplo, todos los pacientes que han tenido ACV van un tiempo a rehabilitación a hospital, ¿vale? seis meses, siete meses...en un momento dado el hospital decide que con este paciente no se puede hacer nada más...lo manda a casa y ahí está.

Pues, igual digo tonterías porque claro tampoco tengo mucha idea pero ya sea ejercicios para reforzar, ya sea maneras de moverse para no dañarse, ya sea maneras de movilizarse dentro del domicilio para realizar ciertas tareas, ya sea para utilizar material ortoprotésico o de ortopedia, y para hacer valoraciones también de la situación en que están...

Al profundizar en las acciones a desarrollar desde la fisioterapia, los discursos centran las miradas en **la técnica**, relacionándola directamente con habilidades específicas desarrolladas por profesionales de la fisioterapia. De esta forma consideran a éstos como profesionales especialistas en la aplicación de intervenciones que entrañan cierta complejidad. La cuestión de la complejidad de la atención de fisioterapia trae a los discursos una diferenciación en el distinto grado de ésta, apuntando algunos discursos que las técnicas de fisioterapia consideradas como sencillas, no necesariamente tienen que ser desarrolladas todas ellas por fisioterapeutas.

Claro es que el fisioterapeuta puede dar una atención, pero también otro puede dar una atención coordinado con el criterio de los fisioterapeutas, puede llegar más o a lo mejor no es necesario, porque a lo mejor las pequeñas cosas las puede hacer o las puede controlar la enfermera de Atención Primaria, ¿no?

Como se desprende de la cita anterior, aunque relacionan las técnicas más sencillas como parte de la fisioterapia, señalan que esas técnicas pueden ser desarrolladas por otros grupos profesionales que acuden al domicilio, tanto de la salud como sociales o también por la familia. Para otras personas sin embargo, incluso las actividades más sencillas van enmarcadas en un método específico y complejo que necesita del profesional propio de esa disciplina.

Evidentemente un ACV, una fractura de cadera, o...que estaría super bien y no se hace, porque a veces si lo necesita también le dices *“ha de hacer esta movilización”* pero también nosotras como enfermeras tampoco somos especialistas en el tema, puedes aconsejar, pero no todas las familias lo saben hacer ni lo harán lo bien que debería ser.

Y por ejemplo si estás coordinado es una cosa que...es más natural...que nosotros también lo intentamos hacer pero...siempre un especialista de una cosa, tiene más información.

De esta forma, si bien en general señalan que la fisioterapia en el domicilio ha de ser desarrollada por el colectivo de fisioterapeutas, algunas personas manifiestan que ante la limitación de recursos humanos y ausencia de este servicio, estarían dispuestas a recibir formación para desarrollar estas intervenciones. Apuntan los discursos a flexibilizar el marco competencial de la fisioterapia hacia otras profesiones de salud si con ello se consigue mejorar la situación de algunas personas ubicadas en el domicilio y sus familias.

Que no significa pasar del tema, pero con más tiempo y más conocimientos...no diríamos “*ah, es que eso de fisio no nos toca*”, creo que poca gente actuaría así ¿no? cuando es una mejora para el paciente...

En general, tal y como se recogió en el bloque temático anterior de los resultados, gran parte del colectivo entrevistado señala que el espacio domiciliario es un ámbito en que intervienen más frecuentemente los profesionales de enfermería. Algunos discursos ponen de manifiesto la percepción de una apropiación de este espacio y sus habitantes por este colectivo profesional, sugiriendo una necesaria colaboración cuando intervienen otros profesionales. Señalan particularmente que la comunicación entre los profesionales de fisioterapia y enfermería es fundamental no sólo para ofrecer la mejor atención a la persona y establecer una continuidad, sino también para evitar conflictos en cuanto a las competencias profesionales. Ello apunta a aspectos de comunicación y coordinación, que el colectivo entrevistado señala como propios de la Atención Primaria.

A veces se producen... se dice...del paciente que “*el paciente es mío y que tal*” o que “*tú puedes llegar hasta aquí pero no hasta más adelante este ámbito*”. A mi me cuesta cuando oigo a la gente hablar así...su terreno profesional, porque creo que todos lo que tenemos que ir a defender es la salud y el bienestar de la persona que tenemos en frente y cuanto más colaboremos mejor tiene que ir.

Los discursos ponen de manifiesto que la atención de fisioterapia en el domicilio es percibida como una intervención ubicada en el seno de una atención interdisciplinar de profesionales del ámbito sanitario y social. En este sentido, se manifiesta particularmente la consideración de que algunas intervenciones de fisioterapia son muy próximas a las intervenciones enfermeras, apareciendo en algunos discursos una dificultad para diferencias entre las actividades que realizan profesionales de uno u otro colectivo.

Prevención de úlceras en pacientes inmovilizados, prevención de las rigidezes y luego, pues imagina, no sé si son más de enfermería..., pues buenas posturas, incluso los protectores de talones o de rodillas o lo que sea y luego pues las fracturas, la fisioterapia después de una fractura y si hacen fisioterapia respiratoria, pues los EPOCs, también incluso en los coronarios... Yo creo que es lo más difícil...que de hecho hay algo para los EPOCs crónicos que van en las casas y que hacen algo de respiratoria, pero no sé si son fisios o no, pero es eso, respiratoria, inmovilidad, prevención de rigidez, fracturas.

Teniendo en cuenta el papel de la fisioterapia en el nivel de autonomía de la persona y con ello la influencia en la necesidad de recursos sociales señalan que esta atención ha de enmarcarse desde una **perspectiva intersectorial**. En relación con lo anterior, señalan como particularmente importante la relación entre los colectivos profesionales de la fisioterapia y de trabajo social.

En un centro de día también hacen, pero hay gente que está tres, cuatro y cinco meses para un centro de día...hay, en espera ¿no? y que luego a lo mejor cuando llegan al centro de día ya están...yo no lo sé, yo tampoco sé si pasarse a lo mejor un año sin hacer nada es perjudicial. Yo, por sentido común, creo que sí. Porque...claro! Si tú has hecho una serie de rehabilitación y luego te tiras un año sin hacer nada! Supongo que luego es volver a empezar, a lo mejor lo que tenía que haber es un seguimiento...pero esto, me lo imagino yo, ¿no?

Otros aspectos como la investigación y la docencia emergieron en los discursos. Señalan particularmente algunas personas entrevistadas que la atención domiciliaria es un campo que está contemplado en Atención Primaria y que

supone un **desarrollo profesional y científico** para el colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria. Los discursos ponen de manifiesto la percepción de que un ámbito profesional que no se ejerce acaba perdiéndose o siendo asumido por otros colectivos o sistemas de salud, comprometiendo el futuro de la disciplina y de los profesionales encargados de su desarrollo.

Nosotras estudiamos y nos formamos y trabajamos para atender a los usuarios que lo demandan y al fin y al cabo, los que están dejando ahí...una parte importantísima son los propios fisioterapeutas, yo creo que es un campo que están dejando de lado...lo dejan de lado si no lo ejercen, está ahí para ejercerlo y desarrollarlo...no van a poder nunca adquirir un libro...como tenemos nosotras o un manual que diga: atención domiciliaria, porque no la ejercéis,...que no se puede desarrollar, y que es una ciencia, y hay que registrar, y tener datos, sin registrar no se puede desarrollar y hacer estudios y tal...la experiencia que te estamos contando, la contamos desde que ejercemos cada día, porque pateamos, si eso no se hace...no se puede hacer un estudio, ¿no?

Como cualquier otro profesional es otro campo en el que puede desarrollarse. Está claro. Hombre si no se hace es un campo más que el profesional se pierde.

La cuestión de los costes y los inconvenientes del transporte de las personas dependientes a los servicios de fisioterapia apareció en los relatos. En general consideran que la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria permite evitar los costes de los **desplazamientos**, que son considerados más altos para el sistema de salud que el desplazamiento del colectivo profesional de fisioterapeutas.

Aparece en los relatos la descripción de vivencias donde personas son visitadas por diferentes profesionales del ámbito de salud y social en su propio domicilio, pero son sin embargo trasladadas a los centros hospitalarios para recibir atención continuada de fisioterapia. Manifiestan con sus vivencias la consideración de que el desplazamiento a los centros sanitarios tiene más inconvenientes que ventajas, pudiendo finalmente provocar la renuncia al tratamiento por parte de persona afectada. Son señaladas de forma específica cuestiones como la dificultad para superar las barreras arquitectónicas para acceder al transporte, el tiempo en los

desplazamientos, los retrasos, el estrés en el traslado y las condiciones de la espera en los centros sanitarios, sobre todo en referencia personas con un estado delicado de salud.

Claro, es que imagina una señora, en un cuarto sin ascensor...¡con unas escaleras! ¡Pero imposibles! Pues imagina la señora, con el chico de la ambulancia, sin apenas doblar la rodilla, porque está recién operada...que tiene miedo...¡que se pueden caer los dos! Pues al final, este caso que te cuento, pues la señora lo dejó...claro...dejó de ir.

De esta forma, en cuanto a **la organización de las visitas de fisioterapia**, los discursos apuntan que la intervención requiere una primera visita que permita una toma de decisiones sobre la posterior intervención. Señalan que siguientes visitas pueden implicar un tratamiento directo con la persona o también estar centradas en los aspectos de asesoramiento a la familia o a otros grupos profesionales. Algunos discursos ponen de manifiesto la consideración de esta visita inicial como la más importante de la intervención domiciliaria.

No tiene porque ser el fisioterapeuta que las haga directamente porque el cuidador tiene una cobertura de 24 horas 365 días al año y el fisioterapeuta no puede dar esa cobertura a la persona, pero sí enseñar lo que tiene que hacer la persona en el domicilio, que es un poco la misma labor que hacemos las enfermeras.

Otras cuestiones referentes a la fisioterapia fue la consideración de que es una intervención que requiere un nivel de esfuerzo físico elevado. Esta consideración fue apuntada también de forma general por el colectivo de fisioterapeutas, que explican en algunos casos como las condiciones del domicilio puede suponer un incremento de este esfuerzo y una dificultad para la intervención. Aunque en general no consideran esta dificultad un motivo general para no realizarse la atención en este ámbito, señalan algunos discursos que puede ser una limitación añadida para fisioterapeutas de más edad.

Sí que es cierto que en el ámbito de la fisioterapia, trabajar a domicilio es duro, con todas las posiciones que tienes que mantener y la poca, lo poco adaptados que suelen estar los domicilios, pero también es cierto que una persona que sea dependiente y que no pueda de ninguna de las maneras ni venir autónomamente a un servicio de atención primaria ni ir...a un servicio hospitalario, tendrá que ser atendido, también...por lo tanto...

Un aspecto que surgió durante las entrevistas fue la dificultad planteada para **identificar la demanda** susceptible de recibir visitas domiciliarias de fisioterapia. En general, el tipo de la patología y sus secuelas, incidiendo funcionalidad y la dependencia, son los factores que consideran como criterios para incluir la fisioterapia en el domicilio. Sin embargo, los relatos del colectivo de fisioterapeutas describen un tipo de organización desconocido para la gran mayoría de profesionales de otros grupos, donde las personas son consideradas candidatas de Atención Primaria o Especializada por otras cuestiones.

Relatan la existencia de **criterios específicos** para la fisioterapia que determinan en qué nivel y servicio ha de ser atendida la persona. Estos criterios son establecidos según el colectivo de fisioterapeutas entrevistado en relación a los recursos humanos y materiales de uno y otro nivel de atención. Consideran en general, que el sistema de atención especializada cuenta con más recursos para hacer frente a las necesidades de las personas con dependencia, señalando que la falta de recursos humanos, materiales y de infraestructura impide realizar en Atención Primaria las intervenciones individualizadas que las personas con estas patologías requiere.

Son criterios específicos porque en una unidad de fisioterapia encontrarás lo que estás viendo ahora, que es un fisio en sala...como mucho en algunos servicios hay una auxiliar durante una o dos horas, generalmente en el turno de mañana que es cuando hay auxiliares en el centro, las auxiliares en el turno de tarde no están. Entonces tienes que pensar que en una unidad de fisioterapia sólo hay un fisioterapeuta. De ahí el problema, que el primer criterio de inclusión sea la independencia porque no puedes hacerte cargo de una persona que no tenga una mínima autonomía.

En el momento en que no se pueda desplazar al centro, aunque la patología sea de primaria, ya tendría que llevarlo una ambulancia al hospital. Porque la ambulancia no lo lleva nunca al centro de salud.

Explican en este sentido que los criterios establecidos están centrados en la patología y a las condiciones de falta de autonomía de la persona. Aunque en algún discurso aparece una crítica a un sistema que aleja a la fisioterapia en Mallorca del modelo de Atención Primaria, las críticas se centran más en la falta de recursos con la que justifican esta división que en el modelo de atención que provoca.

Fue posible percibir en los discursos un énfasis en la cuestión de las listas de espera a la unidad y presión asistencial en las unidades de fisioterapia, emergiendo de algunos discursos la percepción de que esta división resulta un mecanismo útil para ajustar los recursos disponibles a la demanda. La cita siguiente representa una secuencia narrativa expresada por la persona entrevistada que relata de forma simulada un diálogo entre dos profesionales, uno de medicina de familia (A) y otro de fisioterapia (B), respecto a dónde debe ser atendida una persona:

(De A a B): Te mando una hemiplejia

(De B a A): No me mandes una hemiplejia

(De A a B): No, es que tiene que ser atendido

(De B a A): No, mándame los protocolos, tú mándame esto, esto, esto o esto. Al médico de cabecera le digo, “vale, tú mándame esto, y yo te cojo esto a la velocidad del rayo y los cinco no van allí, por lo tanto el hemipléjico va a tres días a especializada, o sea, no me mandes el hemipléjico, no puedo asistirlo, no puedo, porque sólo tengo dos manos y a lo mejor tengo cinco personas en la sala, pero sí que mándame todos los...criba bien y diagnóstícamelos bien y todos los que estén en el protocolo de derivación mándamelos a mí, porque no llegarán nunca al hospital, y has quitado diez personas de un plumazo”.

Surge de los discursos una particular **organización de la fisioterapia en Atención Primaria** y su relación con la Atención Especializada en Mallorca, que reorganiza la demanda de atención de fisioterapia en las denominadas en los discursos como patologías de primaria y patologías de especializada. Esta organización parece dificultar para algunos profesionales la determinación general de las personas que pueden ser atendidas desde la Atención Primaria domiciliaria. De esta forma, la atención continuada tras procesos agudos es considerada en algunos discursos como parte de las funciones de la Atención Especializada si la patología que padece la persona no está clasificada como una patología susceptible de ser tratada en Atención Primaria. Ello obliga a la persona a desplazarse al hospital, siendo trasladada en ambulancia si en casos de falta de autonomía.

A: Pero claro, pero gerencia organiza y dice tanta población, pues tantos médicos, tantas enfermeras...pero ¿cuántos fisios? Porque si empiezas *“esta patología no porque es de especializada y se lo lleva la ambulancia”*...¿patologías de primaria que se tengan que atender a domicilio?...es que se me ocurren pocas.

B: Pues yo te lo diría por experiencia

A: ¿Cuáles?

B: Recuperación de accidentes cerebrales vasculares, es lo que más tenemos y luego claro, operan a alguien de una rodilla y hay barreras arquitectónicas.

A: Pero en el ejemplo que has puesto, en toda el área de salud...en atención primaria no toca...los accidentes cerebrales a fisioterapia no tocan. Todo es atención especializada. Entonces una vez que el enfermo se recupera de la fisioterapia que ha hecho en el hospital a lo mejor le pautan ir dos veces al hospital o ir tres veces.

Gran parte del colectivo entrevistado señala desconocer este reparto de la demanda de fisioterapia entre Atención Primaria y Especializada y apuntan además a que esta división no responde a las características de la Atención Primaria, sobre todo en cuanto a la longitudinalidad de la atención. Insisten algunas personas entrevistadas en que esta organización particular de la demanda, atendiendo al criterio de la patología que sufre la persona y su nivel de autonomía, puede dejar desatendido un grupo de población ubicado en el domicilio.

Hacen referencia específicamente a aquellas personas que requieren una atención continuada de Atención Primaria pero que su diagnóstico o su nivel de dependencia les impide desplazarse al centro de salud y tampoco son atendidos ya en la atención especializada. La cita siguiente ilustra estas consideraciones, donde las dificultades en el acceso de la población a la fisioterapia en Atención Primaria evidencia las debilidades de la organización en la práctica de un modelo caracterizado por la proximidad a la ciudadanía. La cita incluye en su parte central una secuencia narrativa explicada por la persona entrevistada, reflejando un diálogo entre una persona del colectivo de fisioterapia y una persona que espera ser atendida.

Hay personas que buscan una derivación a una unidad de fisioterapia por ejemplo por proximidad. Ese es un criterio que todo el mundo quiere elegir (*inicia un diálogo simulado*):

- “*es que tú me pillas cerca de casa*”

- “*ya, pero esto es atención primaria y su patología no puede ser tratada aquí*”

Y a veces te llegan pacientes con diagnóstico de hospitalaria, ¿por qué? Porque van a su médico y le ponen la cabeza como un bombo que le tienen que...que tú le pillas al lado de casa.

En general, el colectivo con experiencia en la atención domiciliaria señalan que esa división fragmenta la integralidad de la Atención Primaria y que puede afectar a las personas y sus familias, comprometiendo así mismo el trabajo en equipo.

8.3.2 EL DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

En los apartados anteriores se han presentado los discursos del colectivo entrevistado en referencia a la concepción de la Atención Primaria así como las experiencias y vivencias en la atención domiciliaria. Posteriormente, se han presentado las perspectivas sobre la fisioterapia domiciliaria, señalando las consideraciones generales de esta intervención. Los relatos analizados confirman que no se está realizando actualmente Atención Primaria domiciliaria de fisioterapia en el domicilio en el área de Mallorca y además es un tema conocido por el colectivo entrevistado.

En cuanto a la estrategia de implantación en general señalan como aspecto previo la definición de las posibles personas a ser incluidas en este tipo de atención, así como los aspectos que puedan favorecer el desarrollo de la visita domiciliaria de fisioterapia. Citan entre estos aspectos la colaboración con los recursos de cuidado informal y formal, la interdisciplinariedad y la intersectorialidad. Hacen referencia a la forma en que las condiciones actuales de la Atención Primaria en Mallorca pueden facilitar o dificultar su desarrollo. Finalmente, señalan el nivel de vinculación con el centro de salud que deberían tener el colectivo de fisioterapeutas que desarrollen Atención Primaria domiciliaria apuntando distintas modalidades de desarrollo.

En cuanto al grupo de personas candidatas para este tipo de servicio, una gran parte del colectivo entrevistado apunta al establecimiento de protocolos por parte del colectivo de fisioterapeutas que, basados en la evidencia, permita identificar con claridad el grupo diana para esta intervención. En este sentido señalan que este grupo de diana ha de incluir, dentro de aquellas personas que no se pueden desplazar al centro, a aquellas particularmente afectadas de patologías para las que se ha demostrado que la fisioterapia puede obtener **resultados evidenciables**.

Particularmente el colectivo de medicina de familia señala que este mecanismo facilita además la derivación directa a fisioterapia.

Tendríamos que establecer entonces circuitos y formas más accesibles y posiblemente también más evaluable ¿eh?...como lo puedo decir...más evaluable y más...un poco en el sentido de poder evaluar mejor, tanto los médicos como fisioterapeutas, a las personas que acceden, el programa de actuación, y el beneficio que se obtiene...diríamos para entrar personas en el servicio más ágilmente.

La cuestión del proceso de derivación de la demanda aparece también en los discursos. Situaciones referidas por el colectivo entrevistado como la derivación realizada en gran medida por diferentes facultativos de atención especializada, fue considerado como un hecho que dificulta la consideración de la unidad de fisioterapia como una parte integrada en el centro de salud. En general consideran que la derivación desde medicina de familia a la unidad de fisioterapia es más ágil y permite un mayor seguimiento, sin perjuicio de que ante determinadas situaciones se derive previamente a atención especializada.

Cabe resaltar que se ha evidenciado en los discursos que profesionales de diferentes categorías señalan desconocer que se pueda realizar una derivación directa desde medicina de familia y pediatría a fisioterapia. Aquellas personas entrevistadas que realizan o reciben derivaciones directas desde Atención Primaria a la fisioterapia en la unidad, lo consideraron como un mecanismo de posible desarrollo para el inicio de intervenciones de fisioterapia en el domicilio.

¡Cuanto más directo mejor! Porque bueno, yo creo que estamos hartos de perder el tiempo con interconsultas intermedias.

Profundizando en la cuestión de la demanda y las necesidades de salud, emerge en los discursos la cuestión de la protocolización para la atención de fisioterapia en el domicilio. Otros insisten particularmente en su necesidad para establecer una norma clara en virtud del análisis del beneficio que se puede obtener con la intervención.

Apuntan los discursos que la protocolización permite focalizar la atención en los grupos poblacionales con los que se espera obtener mejores resultados. Este sistema además, facilita según estos discursos realizar una atención teniendo en cuenta lo limitado de los recursos de fisioterapia en Atención Primaria y a la amplia población que puede requerir esta intervención. Algunas personas entrevistadas señalan los riesgos de infratratamiento por establecer **protocolos restrictivos** que puedan limitar la atención domiciliaria de fisioterapia.

Yo creo que con este planteamiento se ha de ser suficientemente flexible como para aprovechar todos los recursos que podamos tener y que puedan ser útiles a eso ¿no? no establecer sistemas de: siempre va el fisioterapeuta o nunca va el fisioterapeuta, yo creo que eso por una parte y por otra, las personas que están solas en el domicilio, yo creo que también...llega un momento que también te planteas de si esta persona está obteniendo algún beneficio de lo que están haciendo con ella...Entonces, se han de hacer todos los esfuerzos para atender a estas personas que están solas, etc. y si al final se ve que no se obtiene beneficio, pues bueno...te has de replantear, a ver cómo puedes obtener beneficio o ver si a lo mejor no se dan las condiciones mínimas para hacerlo...También por el tema de que la persona tiene derecho a una atención, pero bueno, te has de plantear también el beneficio que quitas de otras cosas...

Para ilustrar con más detalle las dificultades en el control de la demanda de la Atención Primaria domiciliaria hacen referencia en algunos discursos a una dificultad general en la delimitación de los servicios de Atención Primaria. Para una parte del colectivo entrevistado, la Atención Primaria tiene más dificultades para limitar los servicios de salud, atendiendo a que toda la población tiene derecho a éstos, y no sólo los que tienen un cuadro patológico que encaja en un determinado programa de actuación, como es caracterizada la Atención Especializada.

Emerge de algunos discursos la diferencia entre ambos sistemas y la problemática que perciben los profesionales de Atención Primaria en la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las demandas de la población.

El hospital lo tiene más fácil porque ellos montan un servicio y luego ofertan a los que pueden ofertar, y pueden limitar, cosa que no pasa a primaria...Es decir, en primaria ofertamos un servicio y se masifica y nos desborda ¿no? En cambio en hospitalaria pueden decir, para un servicio de fisioterapia respiratoria, “*pues va a entrar aquel, aquel y aquel*” y cuando no tienen más tiempo, no quieren a otro, cosa que es muy difícil en primaria porque...la propia demanda...es toda la población...entonces para ofertar tienes que tener recursos, primero coge los recursos y después...

Aún en el modelo de Atención Primaria, algunas personas del colectivo entrevistado insiste en la necesidad de definir con claridad las patologías en que se pueda intervenir con fisioterapia en el domicilio. Hacen referencia en sus discursos al cuadro patológico y su diagnóstico más que a las necesidades en salud de las personas ubicadas en el domicilio. En este sentido, mencionan sus experiencias para señalar que muchas personas demandarán ese servicio, por lo que esta delimitación en base al proceso patológico y a los resultados esperados, podrá permitirles una toma de decisiones más objetiva y evitar la atención a demandas injustificadas. Para algunas personas, este sistema es el único que podrá garantizar que los profesionales de la fisioterapia se desplacen a domicilios donde verdaderamente está justificada su intervención.

A: O sea lo primero que habría que hacer es determinar muy bien, muy bien, qué tipo de patologías van a conseguir realmente una...aprovechar el tratamiento ¿no? es la parte más crucial ¿no? sobre todo porque todo el mundo lo demandará, será un servicio muy demandado, pero tendrás que poner unos criterios de inclusión y de exclusión muy específicos para poder al menos llegar a la población diana adecuada, que aporten un beneficio a esa población y no dispersarte en patologías que no...que no tendrán mucho... con unos objetivos concretos ¿no? pero como cualquier tratamiento, en primaria también tienes un período de adaptación y una vez que lo has hecho, vuelves a valorar, si ha ido bien.

B: Sí, yo también creo que lo que tenéis que hacer es definir los criterios muy bien, ¿eh? O sea, no se puede coger todo, mejor empezar con poquito y si amplían la plantilla...aumentar, pero tener bien definido lo que es, porque si no, se va a desbordar en la primera semana.

Otros relatos señalan que esta delimitación de los protocolos puede suponer una aproximación a la demanda, pero puede ser insensible a otras necesidades de las personas ubicadas en el domicilio. En este sentido, señalan algunas personas que una orientación por parte del colectivo de fisioterapeutas a otros profesionales sobre las actividades que realizan y sus beneficios, podría ayudar a identificar las situaciones en que sería necesaria su intervención. Apuntan en sus discursos a una interdisciplinariedad en la atención domiciliaria centrada en las necesidades de las personas, con una especial relevancia a la **comunicación entre profesionales** tanto para la identificación de la demanda como la continuidad de la atención en el domicilio.

Hay muchísimas cosas y muchísimas tareas que son única y exclusivamente, no única y exclusivamente, sino que hay para trabajar un fisio, lo que pasa es que siempre en relación con nosotros, como un microequipo, aunque no hagamos las mismas tareas, pero unas en relación a las otras.

Gran parte de las personas entrevistadas ponen de manifiesto que una misma patología puede provocar niveles de discapacidad y dependencia diferentes en las personas, dependiendo de las condiciones del entorno y del apoyo con que cuentan las familias y la persona afectada. Apuntan la ventaja de desarrollar una atención de fisioterapia para un **un mismo grupo poblacional** facilitando la identificación no sólo el problema de salud de la persona, sino sus condiciones en los entornos en que vive. Los discursos ponen de manifiesto que este hecho facilita la coordinación entre profesionales.

A mi me gustaría que el fisioterapeuta formase parte del centro de salud, pero me gustaría. Bueno, me gustaría, creo que sería ideal que el fisioterapeuta formase parte y los cupos nuestros de las enfermeras fuesen también sus cupos, os sea, los usuarios, pues compartiésemos los usuarios y si ellos detectaban algo, pues haríamos las intervenciones nosotros y si nosotras detectamos algo, harían las intervenciones ellos.

Nosotros aquí no lo hacemos, es decir, porque hacemos atención ambulatoria pero no domiciliaria, pero sí, sí, sí, que consta que hay personas que...evidentemente, dentro de la enfermería...cada

enfermera tiene un cupo de personas que en principio podría ser susceptible de un trabajo domiciliario de fisioterapia.

La poca comunicación interprofesional es considerado como un elemento que lleva a una parte del colectivo de fisioterapeutas entrevistado a manifestar desconocer cuál podría ser el nivel de demanda del servicio domiciliario en Mallorca. Apuntan a mecanismos como la comunicación con los profesionales de salud que ya realizan atención domiciliaria o a un análisis de la atención domiciliaria actual por parte de la administración, que podría facilitar la elaboración de protocolos que orientasen en la delimitación de aquellos casos en se ha de intervenir con fisioterapia. Sin embargo, particularmente algunos entrevistados señalan que la organización de la demanda entre la Atención Primaria o Atención Especializada en base a las patologías que les afectan, puede dificultar la delimitación de las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria de fisioterapia. Aunque ya se ha hecho referencia a este aspecto en el apartado anterior de los resultados, profesionales de todos los grupos entrevistados apuntan que el actual reparto de la demanda entre ambos niveles de atención puede dificultar el desarrollo de la fisioterapia domiciliaria, así como la integralidad en el proceso.

A: Es que aquí en Mallorca siempre ha habido el problema de la diferencia entre primaria y especializada. Y claro, a lo mejor había pacientes de primaria que se iban a especializada con lo que saturaban la lista de espera y viceversa. Entonces aquí en Mallorca, ahora todo lo que sean ACV, gente que está en silla de ruedas, minusválías o lo que sea, automáticamente ya está fuera del ámbito de primaria.

B: Pero es que este señor acaba la fisio en el hospital, se va al domicilio y se acabó!

A: claro.

C: es que escuchando esto parece que todo está muy sectorizado. Que la atención INTEGRAL(*enfatisado*)...es la gran ausente. A ver, el paciente es uno y está en su casa. Y su casa es su entorno más próximo, sus cuidadores son los primeros que están ahí! No estamos ningún sanitario. Entonces hay que trabajar con esta persona pero con una visión muy global. Todos desde nuestra formación vemos nuestra parte y nos falta - creo que en general a todos - pues ver este aspecto integral.

En cuanto a la identificación de la demanda, señalan profesionales con experiencia en la atención domiciliaria la percepción de que **coincidir con profesionales de fisioterapia** en el domicilio al menos en una primera visita, podría facilitar el intercambio de información y resultar en un mayor conocimiento interdisciplinar. Para algunas personas, las orientaciones del colectivo de fisioterapeutas a otros miembros del equipo de salud pueden incluso ser suficientes para iniciar intervenciones que podrían evitar el desplazamiento del profesional de la fisioterapia de forma continuada.

A lo mejor hay casos que necesitarán que vaya más el propio fisioterapeuta, en otros casos el fisioterapeuta puede dar ciertas indicaciones a la familia o a otro profesional para promover y para hacer ciertas actividades fisioterápicas, ¿no? yo creo que hemos de encontrar, que después vayan otros profesionales por otras vías o bien contratados por el paciente mismo.

Al **caracterizar la demanda** hacen referencia a las condiciones socioeconómicas de las personas apuntando a las repercusiones de no ofrecer este servicio desde el ámbito público. Emerge de algunos de los discursos la consideración de que las personas con menos recursos económicos son las que más solicitan la atención pública de salud, mientras que otras personas apuntan que si el servicio de fisioterapia en el domicilio es ofrecido será demandado por población de todos los niveles económicos.

Emerge en algunos discursos la consideración de que la demanda podría estimarse en comparación con otras experiencias en otras comunidades, aunque algunos relatos sacan a la luz la percepción de diferencias en Mallorca no sólo entre la zona rural, zonas urbanas y la capital, sino también en la zona en concreto. Apuntan a la edad de la población como un elemento que influye en el nivel de demanda, relacionando la menor edad con un menor riesgo de situaciones de discapacidad y dependencia, y una mayor probabilidad de contratación de otros seguros privados de salud que incluyan este servicio, limitando con ello la demanda al servicio público.

Yo veo que hay mucha gente que no puede, no puede pagarlo. Veo que hay gente mayor...que sobrevive. Directamente. Sobrevive. No tiene para hacer grandes extras. Hay gente que sí, también hay gente que sí, pero también les cuesta mucho pensar que ellos tienen que pagar para hacerse tratamientos ¿eh? eso de pagar...aunque sea por su salud, pero lo llevan bastante mal....ya está muy asumido que somos nosotros quienes estamos asumiendo todos sus cuidados, la seguridad social.

No todas las comunidades somos iguales, hay unas comunidades que tienen unas necesidades, otras tienen otras diferentes, habrá centros de salud que tendrán más frecuentación porque hay más gente mayor o menos frecuentación porque la gente es más joven y tiene más privada y todo eso.

Una mirada más profunda a la cuestión de la demanda centra los discursos en la cuestión de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria. Ello saca a la luz la consideración de que es necesario un **incremento muy importante en el número de fisioterapeutas** en este nivel de atención. Señalan que este incremento se debe a la gran necesidad que existe de este servicio, pero también a que no será fácil limitarlo, teniendo en cuenta sus experiencias domiciliarias y el volumen de población ubicada en el domicilio.

Los discursos ponen de manifiesto la percepción de que la atención de fisioterapia es generalmente satisfactoria para la población y que no será un servicio rechazado sino muy al contrario, susceptible provocar una demanda injustificada.

Desde luego que es algo buenísimo y yo creo que cuando se ponga en marcha se va a desbordar y que está muy bien. Es lo que digo, para los ACV y todos estos crónicos...es que les vendría tan bien! pero...es que no van a dar a basto...todo el mundo se va a apuntar (*risas*). Me parece muy bien, muy difícil de organizar porque siempre encontrarías lista de espera...según que criterios y tal...pero...todo a todo el mundo...le va bien. No conozco a nadie que haya rechazado hacer fisioterapia (*risas*).

La gente está envejeciendo, o sea entonces la población va cambiando, entonces es que yo creo que va a haber muchísima demanda, pero es que yo creo que es todo...es que a todo el mundo, es que cualquier cosa que cojas se beneficia de la fisioterapia.

La **organización de la atención domiciliaria** implica incluir a las personas que ejecen el cuidado informal y formal en la intervención. Considera el colectivo entrevistado que la existencia de recursos de apoyo puede reducir la frecuentación del equipo de salud en el domicilio, aplicándolo también en cuanto a la fisioterapia. Relacionan algunos discursos la existencia de recursos formales e informales con la reducción en el número de fisioterapeutas necesarios para iniciar el servicio.

Entre este apoyo destacan el colectivo entrevistado de profesionales de salud a las trabajadoras familiares, cuya intervención en el domicilio de forma continuada consideran que podría reducir la necesidad de fisioterapia en el domicilio. Desde el ámbito social, apuntan sin embargo que la existencia o no de trabajadora familiar en el domicilio no va a influir en el número de fisioterapeutas necesarios, pues en el contexto actual de la ayuda a domicilio, no va a realizar actividades propias de fisioterapia.

Los trabajadores familiares no van a sustituir nunca la figura del fisioterapeuta. Si acaso hubiera que poner un equivalente yo diría que sustituyen a la figura de un familiar. Sustituye funciones que en otros casos y en otras épocas realizaban hijos que no trabajaban o vecino que tampoco...en otra forma. En este sentido, si hay que hacer una pequeña movilización, sí podrían hacerla con una indicación y supervisión de un profesional pero no pueden sustituir a un fisioterapeuta, en el sentido de que un fisioterapeuta tiene sus funciones...sus funciones profesionales igual que ellos tienen las suyas y el ejercicio de la fisioterapia no entra en ellas. (...). No van a ejercer una función sustitutoria. Con su trabajo y con sus funciones tienen más que cubierto su horario, tienen que hacer muchísimas otras cosas que son imprescindibles y que no va a hacer ningún otro profesional y que por lo tanto les corresponde, ¿no?

El desarrollo de la fisioterapia domiciliaria precisa según el colectivo entrevistado una primera visita que permita al colectivo de fisioterapeutas realizar una **valoración o diagnóstico inicial**. Señalan que desde la fisioterapia se asesorar en las iniciativas que se podrían tomar, asumiendo que no siempre va a implicar una continuidad en este tipo de intervención. Sostienen algunas personas entrevistadas, que esta faceta es la más necesaria en Mallorca, apuntando en algunos discursos la denominación de fisioterapeuta educacional o fisioterapeuta asesor.

Y no es ir cada día, a lo mejor basta una visita de calidad y a partir de ahí decidir. Sería oportuno que el fisio le viera y valorara a lo mejor en esta casa, cómo se puede desenvolver, qué es lo que puede hacer, por que se está como...como acomodando, como perdiendo movilidad. Esto bastaría de tanto en tanto hacer una visita de calidad y no tantas visitas repetidas de controles técnicos.

Y tener un fisioterapeuta educacional para los cuidadores...para nosotros! Es que ya sería mucho. Fíjate, parece que no es nada, pero es que es mucho, ¡eso sería mucho!

Gran parte del colectivo entrevistado considera que la demanda existente obligaría a priorizar la intervención en aspectos educativos, asesorando a la persona en el domicilio, a quien le cuida y a otros profesionales, considerándolo como **un mínimo** por el que se podría empezar. Los discursos ponen de manifiesto la consideración de que las intervenciones de asesoramiento podrían ser realizadas de forma más esporádica y consecuentemente se podría empezar a proporcionar este servicio con un esfuerzo fácilmente asumible desde la Atención Primaria. Desde esta perspectiva, la incorporación de fisioterapeutas con funciones de asesoramiento y educación requeriría un menor número que si sus funciones incluyen las intervenciones terapéuticas.

Bueno claro, yo creo que lo difícil sería que hiciera ella misma o él mismo la fisioterapia en el domicilio ¿no? sería más factible enseñar una serie de cosas y luego, a lo mejor, ir una vez a la semana, a ver si lo hace bien...hacer una valoración...

Si bien, como se ha descrito, el colectivo entrevistado consideran que la **educación y el asesoramiento** puede ser importante en la intervención de fisioterapia, algunas personas manifiestan dudas sobre los resultados de establecer únicamente este tipo de intervención. Apuntan una tendencia a tener expectativas demasiado elevadas respecto al asesoramiento y al desarrollo de actividades autónomas por parte de la persona en su domicilio sin supervisión profesional.

En este sentido señalan de forma particular el colectivo de fisioterapia, que según sus experiencias cotidianas en el centro de salud, la colaboración durante la intervención de fisioterapia tanto de las propias personas afectadas como de sus familias no siempre se obtiene. Esta percepción es compartida por personas de otros grupos profesionales que realizan intervención domiciliaria señalando que no se ha de sobrevalorar la implicación de las familias y de las propias personas con problemas de salud. Apuntan que en ocasiones la colaboración es muy limitada, en relación o no con el problema de salud.

Yo a veces voy y yo no soy fisio. Yo por sentido común a veces, ¡pero que hay gente que tampoco tiene sentido común! A ver, gente por lo que sea, o por nivel cultural, por forma de ser, necesitan que siempre les estés *“bueno, mira...aquí tiene unos escalones, pues bueno, suba usted y baje un par de veces y tal”*, pero claro, yo no soy la persona adecuada para decirle...o yo que sé ...*“bueno, pues venga, vaya usted haciendo así con la mano...porque tal”* pero bueno, yo se lo puedo decir, pero...¿sabes? y sobre todo las personas que eso, que han tenido una patología que han hecho rehabilitación y tal, que después que hubiera un buen seguimiento por parte de los fisios.

Una parte del colectivo entrevistado, particularmente aquellos del ámbito urbano, señalan que no es infrecuente que la persona no tenga recursos de cuidado informal de forma continuada y que sus condiciones de salud, físicas o mentales, no les permite colaborar como los profesionales esperan.

De esta forma, señalan que los recursos humanos de fisioterapia han de ser establecidos no sólo en base al número de personas con afectaciones que requerirían la intervención de fisioterapia, sino más específicamente teniendo en cuenta los recursos de apoyo informal y formal con que estas personas cuentan.

A: Pero todo lo que tú dices es muy ideal, pero es que hay gente que vive sola, gente que vive en un quinto piso sin ascensor...los abuelos que viven solos ...

B: O para fisioterapia respiratoria también...

C: ¡Claro!, es que hay muchas cosas, hay muchas limitaciones...

Una postura minoritaria encontrada en los discursos del colectivo entrevistado, es la de considerar que no es posible plantear el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en Mallorca en la actualidad. Refieren en este sentido tanto el reducido número de fisioterapeutas como la necesidad de analizar primero los errores o dificultades en el desarrollo de la atención domiciliaria en general. Perciben algunas personas entrevistadas la necesidad de evaluar la Atención Primaria domiciliaria en el contexto actual y establecer mecanismos de mejorar ésta antes de implicar nuevos profesionales y servicios. La cita siguiente de una sesión grupal resulta ilustrativa de estas consideraciones, apuntando en la misma otras estrategias en su desarrollo, revelando la consideración del significado de la fisioterapia en Atención Primaria:

A: Yo creo que ahora mismo no se puede implantar...es que no está implantada correctamente ni la nuestra!

B: no, ni tan siquiera está un fisio en cada centro de salud

A: por eso...ahora es impensable. Es que ni siguiera para nosotros, ni para los trabajadores sociales, ni para enfermería, ni para los médicos...es un servicio que digas...potente. No es un servicio potente a día de hoy. Entonces sería vender otra cartera que no se va cumplir.

C: No va a tener calidad...

A: Es que uno en cada centro de salud estaría ya tan desbordado que ya empezaría mal. Es que cuando sabes que ya no vas a llegar con calidad, yo creo que ya...te desanima.

D: Pero bueno, si hubiera ese recurso, sería formar a los otros profesionales. Las enfermeras, por ejemplo, si tuviéramos un fisio consultor a quien le pudiéramos preguntar...

A: como consultor sí, pero no como asistencia domiciliaria, sino fisio de primaria

B: ¡un fisio de primaria que estuviera integrado en el equipo!

A: pero yo, fisio domiciliaria lo descartaría. Por que ya te digo, no es por ponerle la culpa a la gente, pero la gente diría “¡uy! Ya tengo otra excusa para que vengan a mi casa. Ahora el fisio también ¿eh? y la peluquera ¡que también venga a mi casa!”
¡Porque es que hay gente que pide de todo!

D: pero hay unos criterios...tampoco es que ahora vaya...(Gira la cabeza mostrando desacuerdo con la intervención anterior)

E: yo lo veo más educacional, más que asistencial.

Algunas personas entrevistadas insisten particularmente en los **riesgos de un desarrollo sin recursos suficientes** considerando que ello derivará en una frustración del colectivo profesional de fisioterapia, de otros grupos profesionales y de la población que espera contar con este servicio. Algunos discursos ponen en evidencia una desconfianza hacia la capacidad de la administración de la Atención Primaria para apostar de forma decidida por la fisioterapia domiciliaria, dotándola de recursos suficientes. Una parte del colectivo entrevistado visualiza en sus relatos una situación en que se implantaría un servicio más para la cartera de servicios pero que sería insuficiente para atender a la demanda.

Otros discursos apuntan a la cuestión de la planificación y su adecuación a los recursos y al contexto de la intervención a partir de unos objetivos concretos y evaluables.

Se ha de plantear con unos objetivos y con un planteamiento realista, que puedan ser, de cualquier manera...resultados evaluables...y que puedas ver cómo se pueden desarrollar en cada momento...a veces se han planteado servicios como...“*¡hacemos eso!*” y después eso ha supuesto que en poco tiempo se haya de hacer una actividad que sobrepasa las posibilidades, que muchas veces, si no la tienes planificada acabas haciendo las actividades menos rentables, que les das menos beneficio...tienes más demanda inmediata...me refiero a la hora de evitar estas cosas ¿no?

Aunque en general el colectivo entrevistado considera que implantar la intervención en el domicilio es un servicio fundamental y necesario, algunas personas en particular, consideran más urgente **reforzar la fisioterapia en los centros de salud**. Relatan que se puede intervenir con un mayor grupo poblacional en el centro de salud, con lo cual las personas podrían ser desplazadas a la unidad. Apuntan sus discursos a la consideración de la fisioterapia como una intervención en la que pueden ser atendidas varias personas en un período de tiempo, priorizando la denominada rentabilidad del recurso escaso de la fisioterapia sobre el valor de la intervención individualizada en el domicilio.

Porque cuando yo decía que en un centro de salud se os puede poner, porque sin desplazar al profesional, que en este caso sería la fisioterapeuta podría...¡abarcarse más!. El domicilio...retrasa mucho todo...o sea el profesional...tiene que estar muy bien escogido ese domicilio, porque sino el profesional con desplazamiento y todo...pues estás gastando mucho del profesional y el paciente tiene que estar muy bien escogido ¿eh? Porque en los centros de salud, podrían ver...pues como hacen en los sitios que existe, varias personas a la vez y todo eso.

Otra cuestión que aparece en los discursos en relación con el volumen de demanda en la atención domiciliaria de fisioterapia hace referencia al **acceso al centro de salud**. Relata parte del colectivo algunas vivencias donde las personas de la comunidad pueden desplazarse a sus centros de salud en su zona, pero no a los centros de salud de referencia para la fisioterapia, ubicados más lejanos. La ubicación de unidades de fisioterapia en más centros de salud fue considerado como una estrategia que acercaría el servicio a la comunidad y podría evitar una parte de la posible demanda de atención de fisioterapia en el domicilio. Además, apuntan que la ubicación de servicios más cercanos a la ciudadanía podría limitar el tiempo invertido en los desplazamientos para el colectivo profesional. Ello saca a la luz la perspectiva comunitaria en la organización de la Atención Primaria, donde los servicios han de establecerse próximos a donde la población se ubica.

La consideración de que la Gerencia de Atención Primaria cuenta con limitaciones presupuestarias, pero además tiende a priorizar las cuestiones relacionadas con los centros de salud que con la atención domiciliaria, lleva a los profesionales a plantear en sus discursos alternativas para influir en el domicilio desde la fisioterapia. Proponen en algún caso, un incremento de fisioterapeutas en las unidades de fisioterapia de los centros que permitiese establecer una agenda para este colectivo profesional con una parte de la jornada laboral dedicada a intervenciones terapéuticas en la unidad y otra parte a la educación para la salud y asesoramiento a familiares y otros profesionales. Este asesoramiento se especifica particularmente en relación a la atención domiciliaria, estableciendo lo que denominan como talleres para cuidadores o asesoramiento para otros grupos profesionales. Apuntan en este sentido a consideraciones de la Fisioterapia que responden a la normativa que rige su desarrollo en Atención Primaria.

A: Pero para hacer atención domiciliaria tendrían que ¡duplicar o triplicar!

B: es que cada centro debería tener un fisio

C: En el centro nuestro hay un fisio

A: ¿y por la tarde no va nadie?

B: va alguien pero no sé quien. Pero independientemente del gimnasio yo creo que la consulta de fisio en el centro sería un éxito. Pero un éxito seguro. Hablamos de problemas posicionales, de reeducación, de ayudar a las familias a corregir, a prevenir y a movilizar pacientes. Luego problemas traumatológicos, lo típico, un vendaje funcional...

En general emerge de los discursos la consideración de la atención de fisioterapia en el domicilio necesita de una inversión económica derivada del incremento en recursos humanos. Particularmente para algunas personas entrevistadas este coste no es asumible por el sistema de Atención Primaria en el contexto actual. Sin embargo, en general el colectivo manifiesta la consideración de que el coste de este incremento puede ser asumible, haciendo referencia a la posibilidad de reducir costes de otros servicios como el transporte sanitario. Otros discursos apuntan que se trata de proporcionar un servicio que representa un derecho insatisfecho de la ciudadanía, más allá del aspecto económico de la implantación.

¡Es que esto es un recurso humano!, tampoco es que haya que invertir muchísimo, es tener personas que trabajen.

Yo creo que lo importante es la mejora del paciente ante todo, es decir...todo es un coste económico...pero si...si estamos hablando de primer mundo, y de los recursos que tenemos a nuestro alcance...

Incluso algunos, consideran que si se pudiese **evaluar de una forma intersectorial**, incluyendo la Atención Primaria y Especializada y los servicios sociales, la balanza entre el coste y los resultados obtenidos sería positiva para el sistema de salud. Apuntan en este sentido el ahorro económico en los traslados a las hospitales, el coste de la Atención Especializada o en los costes de una dependencia de las personas. En cuanto a la Atención Primaria, consideran que la intervención de fisioterapeutas en el entorno domiciliario podría influir en una reducción de la frecuentación de los profesionales debido a una mejoría de la situación que originó la demanda.

De todas formas si lo enfocas a cómo se puede beneficiar la primaria...ya no por trabajar más ni trabajar menos...pero si el paciente se recupera antes...generas menos domicilios también, es una forma de generar menos carga a la familia...¿a nivel de conveniencia para primaria? Pues generas menos domicilios.

Profundizando en el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, el colectivo entrevistado apunta diferentes sistemas de implementación. Mientras que en algunas personas consideran que el aumento de plantilla debe concentrarse en grupos específicos para la atención domiciliaria, para la mayoría de las personas entrevistadas de las diferentes categorías, el incremento de fisioterapeutas debe realizarse en los centros de salud para realizar **atención en las unidades de fisioterapia y en el domicilio**. En general consideran que este segundo sistema es más apropiado, haciendo referencia tanto a experiencias personales como al modelo de Atención Primaria.

Y luego hay otra cosa que es muy de primaria y que es la continuidad. Por ejemplo una persona que normalmente viene al centro y llega un momento y no viene y hay que ir al domicilio, bien por un problema puntual o algo ya crónico. Es que es otra cosa...que los mismos profesionales le sigan atendiendo...es que es otra cosa...que vaya tu propio médico, tu propio enfermero o enfermera cuando estás en el domicilio.

Emerge de los discursos el valor otorgado a que la misma persona realice intervención en el centro de salud y en el domicilio. Apuntan a la posibilidad de desarrollar otras estrategias en el centro de salud a partir de las experiencias domiciliarias del colectivo de fisioterapia, como actividades formativas, de asesoramiento a la comunidad y a otros colectivos o actividades de investigación. La participación desde la fisioterapia en ambos entornos emerge de algunos discursos como un nuevo recurso disponible que puede modificar las actividades de otros profesionales.

A ver...cómo se podría gestionar...yo considero que: primero, la unidad de fisio casi tenía que estar en cada centro de salud, ¿eh? si el fisio estuviera en el centro de salud, toda esta coordinación sería sencilla, porque podría dedicar una serie de horas de su trabajo a consulta, como hacemos el resto de los profesionales, tener su consulta aquí, la gente vendría....accedería mucha más población y claro...¿no? y entonces otra serie de horas dedicadas a atención domiciliaria, pero claro, para esto necesitaríamos...o un fisio cada dos, como mínimo un fisio cada dos... algo así como un fisio para cada dos centros, o dos ¿no? y que tuviera un tiempo dedicado a consulta en el centro, porque hay gente que puede hacer e incluso es bueno, también sería estupendo “*venga al fisio al centro de salud*”, ¿no? “*vaya al fisio a ...*” (...) Sería un fisio ubicado en el centro de salud con un tiempo de consulta y un tiempo de atención domiciliaria y no sería tan complicado...

En relación con la interdisciplinariedad en la atención domiciliaria, se desprende la consideración de que la incorporación de más fisioterapeutas en el centro de salud debe ir acompañada de **estrategias que faciliten la comunicación y coordinación** entre el colectivo profesional, facilitando un trabajo en equipo en cuanto a la atención domiciliaria.

Emerge de los discursos que una mayor presencia de profesionales y mayor comunicación entre el equipo puede evitar el desarrollo de una atención de fisioterapia domiciliaria de forma independiente, que limitaría las repercusiones de este servicio. Pero además, consideran que facilitaría la ruptura de la tendencia actual en que algunas unidades de fisioterapia funcionan aisladamente de las actividades del centro de salud, en ocasiones más conectadas con la Atención Especializada que con la Atención Primaria. Dar a conocer la **unidad de fisioterapia** y su funcionamiento a los equipos del centro de salud y de los centros a los que la unidad es referencia es considerado en general como un factor de relevancia para mejorar la derivación de la demanda. De forma particular, los discursos incluyen esta estrategia de forma mayoritaria, aunque insisten en la necesidad de incrementar la plantilla de fisioterapeutas para su desarrollo sea efectivo.

Para algunas personas entrevistadas, las incomodidades de los desplazamientos o algunas situaciones del entorno domiciliario pueden provocar un rechazo por parte del colectivo profesional de fisioterapeutas para incluir esta intervención entre sus actividades. Profundizando en este aspecto, se percibe de los diferentes discursos que la intervención domiciliaria no siempre resulta gratificante a las personas que la realizan. Emerge de los relatos la consideración de que los aspectos negativos de la atención domiciliaria son los que quizás más se conocen y comentan entre profesionales, mientras que otros aspectos como la satisfacción personal en este tipo de actividad raramente se comparte. Este hecho aparece también en los discursos del colectivo de fisioterapeutas.

Yo no suelo estar hablando con ellos con respecto a lo que es esto. Lo que se puede escuchar son los comentarios de la gente que se puede quejar de lo que es...a respecto de pequeños inconvenientes que puede tener esto que...es que...pues que tenga que estar combinando un planning de una agenda diaria con servicios de urgencia de salida, atender a esta gente o de las condiciones en las que te encuentras en las viviendas cuando llegas.

Sin embargo, muchos discursos apuntan a la consideración de que las listas de espera que tiene la fisioterapia en el centro de salud suponen una presión añadida al colectivo de fisioterapeutas que puede derivar en una falta o minimización en la percepción de las necesidades de fisioterapia en el entorno domiciliario. En este sentido algunos discursos apuntan específicamente a la cuestión profesional, para incidir en el hecho de que impulsar este servicio es una responsabilidad de la Gerencia de Atención Primaria, que ha de asumir la planificación y las consecuencias de la implantación si no se invierten los recursos necesarios.

En realidad yo no creo que haya que cerrarlo, primero yo, cada uno opina de una manera diferente no, yo no creo que haya que cerrar ningún aspecto profesional a ningún profesional, en el sentido de que, yo no estaría en contra, ni muchísimo menos, de que yo bloqueara mi agenda para marcharme a asistir a un domicilio, todo lo contrario, iría encantada, y creo que hay que hacerlo, yo no sé las otras vías, pero sí sé que hay una plantilla de fisioterapeutas en atención primaria, sé que por ley está, estamos, estamos obligados a atender a domicilio, al menos hacer valoraciones y educar a la familia para tratar a esa persona, al menos, y que esto está dentro de mis funciones, que lo que yo haría en principio. Pues pónmelas, yo las ejecutaría, y si eso conlleva el hecho de necesitarás otro fisioterapeuta en la sala, pues, pon otro fisioterapeuta en la sala.

Sin embargo, también emergen de los discursos la **reticencia a los cambios** dentro del propio colectivo de la fisioterapia. Apuntan algunos a cuestiones relacionadas con aspectos formativos, como competencias generales que les permita afrontar la inseguridad con que relacionan el entorno domiciliario. Para otros, la edad y la percepción del esfuerzo físico añadido que conlleva la intervención domiciliaria puede influir en la motivación del colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria hacia la atención domiciliaria.

Evidentemente la respuesta práctica es *“mira no yo no, cuando vine a este puesto esto no estaba dentro de mis funciones”* pero en realidad no creo que sea por eso. Primero es un poco el miedo a la novedad, que a todos nos da, también te da un poco de cosa empezar a hacer una actividad que no está dentro de las tuyas, porque como no la dominas pues, te encuentras un poco perdido

¿no? pero bueno, yo creo que eso se puede aprender a cualquier edad, el problema es...es que este trabajo no se puede desempeñar de la misma manera a una edad que a otra, algunos aspectos de este trabajo, no todos ¿eh?

Aunque como se ha comentado, si bien la gran mayoría del colectivo entrevistado considera que la atención de fisioterapia en el domicilio ha de ser desarrollada por fisioterapeutas ubicados también en los centros de salud, algunas personas señalan otras opciones como los **equipos específicos de fisioterapeutas** de Atención Primaria para la atención domiciliaria. Estos equipos son planteados como profesionales de Atención Primaria y sólo de forma muy esporádica se incluye en los discursos el desarrollo de la atención domiciliaria desde empresas contratadas por el sistema público. Algunas personas se refieren al papel del colectivo de fisioterapeutas de los centros de salud como un nivel de conexión y comunicación entre servicios.

Este modelo permite según algunas personas entrevistadas implementar un servicio sin modificar la particular organización de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca.

Yo creo que...sería un equipo que estaría ubicado no en un centro de salud sino en AP, la gerencia de AP debería coordinar esto. Es decir, el centro de salud entiendo yo debería ser el captador del problema, el vehículo de comunicación del problema, es decir existe un señor que vive en tal calle, existe un señor que tiene tal patología, que vive en tal calle y es la zona de salud por ejemplo nuestra. Pues entonces simplemente nosotros pues comunicarlo a gerencia de AP y gerencia de AP es la que debería gestionar el trabajo.

Profundizando en las consideraciones de la implementación con equipos móviles de apoyo a la atención domiciliaria, algunos discursos apuntan a un sistema similar al de los Equipos de Apoyo a la Atención Domiciliaria (ESAD).

Argumentan para ello que la experiencia con estos equipos puede ser útil y ejemplificadora, apuntando a la intervención de fisioterapia en el domicilio como un servicio especializado que se gestionaría mejor directamente desde la Gerencia. Aunque algunas personas entrevistadas apuntan a sus experiencias personales para manifestar que la comunicación y coordinación es factible con los equipos específicos, para otros, la comunicación y coordinación se vería comprometida, así como el asesoramiento que se podría producir de forma más ágil si los profesionales se ubicasen también en el centro de salud.

Otras personas centran la discusión en la perspectiva y deseos de la población, que consideran que prefiere mantener el contacto con los profesionales del centro de salud que con nuevos equipos que no conoce. Las citas siguientes ponen de manifiesto los diferentes discursos referentes a la intervención de fisioterapia, la intervención domiciliaria, así como la caracterización de la demanda y las personas ubicadas en el domicilio.

Pero yo creo que todo lo que se sale...todo lo que sean elementos externos, sobre todo para el paciente y la familia, si después no hay una buena coordinación...yo cuando voy a un domicilio “¡ay! hoy ha venido la enfermera...”, por ejemplo, un paciente que está en el ESAD, pues va: la enfermera del centro de salud, la enfermera del ESAD, el médico del centro de salud, el médico del ESAD, puede que vaya a trabajadora familiar y puedo ir yo, y puede ir también la trabajadora social responsable de la trabajadora familiar...¡ala! (*risas*) ¡Puede pasar! Pero hombre, es que...¿sabes? porque claro, el paciente, con el que tiene confianza, el que quiere que vaya al domicilio es su médico de toda la vida, pero claro, si ya entra en el ESAD...y con esto igual.

Yo creo que lo ideal es un equipo de fisioterapia de atención domiciliaria. Eso es lo ideal. Que esté independiente del centro, que tal, que tú puedas llamar, que tú puedas decir “*tal paciente...*” y que se pongan unos criterios para aceptarlo y ya está. Pero claro, luego también veo el gran inconveniente que claro, a estas patologías crónicas tienes que marcarles muy de entrada que “*le vamos a dar tres meses de rehabilitación y luego ya esto terminará*”, porque el paciente te dirá que no...

Tal y como se percibe en esta segunda cita, algunos discursos en referencia al modelo de implantación son vertebrados en cuanto al **control de la posible demanda**. De esta forma, los equipos móviles específicos aparecen considerados como equipos con funciones fundamentalmente centradas en la intervención terapéutica. Emerge de estos discurso la percepción de que no sólo la demanda, sino también el propio servicio puede ser más fácilmente controlado y evaluado.

Para otras personas sin embargo, los equipos específicos corresponden con un modeo de atención especializada y no con un modelo de atención continuada y longitudinal. Resaltan el valor del trabajo en equipo dentro del centro de salud y también para desarrollar visitas conjuntas, sobre todo para una valoración inicial y una comunicación continua. En este sentido, hacen referencia al trabajo en equipo y la interdisciplinariedad apuntando a dos aspectos característicos del modelo de Atención Primaria. Emerge en sus discursos la percepción de que una estructura de equipos móviles no respondería a las necesidades actuales de fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria en Mallorca. **La integración** de los colectivos profesionales en el sistema de Atención Primaria fue un aspecto señalado particularmente en cuanto a la fisioterapia domiciliaria.

El mismo del centro...porque es una manera también de tener contacto con el resto del equipo, saber más de las evoluciones del paciente, ¿eh? porque si haces un equipo así móvil, tampoco...un día iría uno, un día iría otro, y se perdería mucha...mala calidad, ¿no? Yo haría esto, que fuera uno en el centro de salud, que se trabajara en equipo con el resto de miembros, de enfermería, médicos, trabajadora social y...que fuera el que se dedicara a los domicilios...si hacen falta dos, porque a lo mejor uno no basta, no lo sé...

Yo estoy a favor de la fisioterapia domiciliaria, pero ya he dicho, si ha de servir para algo...desde el centro de salud, que no venga un equipo de apoyo de fuera. Por eso creo que es muy importante que estén integrados en el mismo sistema, para que trabajemos de una manera multidisciplinar, no de una manera aislada.

En este sentido, en cuanto la **externacionalización** o contratación de este servicio, minoritariamente se consideró como aspecto positivo que las empresas proveedoras podrían limitar la demanda a los recursos disponibles, controlando mejor las peticiones injustificadas. Emerge en esta perspectiva la consideración de que los cambios y reestructuraciones de los servicios son más ágiles y sencillas de realizar en servicios contratados externamente que en el propio sistema público. Sin embargo, la gran mayoría de las personas entrevistadas manifiestan posturas en contra de los sistemas de externacionalización de actividades del servicio público en general. La postura generalizada apunta a que el servicio público debería atender las demandas en salud, invirtiendo los recursos en el propio sistema, más que contratar los servicios a empresas externas.

A:¿Por qué estamos dando los beneficios a una privada y no somos capaces de invertir en lo público?

B:Porque ellos no tienen el dinero en el momento, o le sale más barato pagar a una empresa que se lo haga que pagar en el momento el dinero

A:Ya, pero eso es pan para hoy y hambre para mañana

B:¡Pero eso es el problema de siempre! (*risas*)

Otro aspecto surgido en cuanto a este modelo de implantación externalizado trae a los discursos las consideraciones o experiencias de algunas personas entrevistadas con este tipo de provisión de servicios. Consideran que las condiciones laborales de las empresas privadas llevan inevitablemente a una simplificación de las actividades por parte del profesional de las intervenciones domiciliarias, incidiendo en su calidad.

Otros aspectos de índole laboral como el desgaste personal en la intervención exclusivamente domiciliaria emergió de los relatos. Además, la comunicación con otros colectivos profesionales es considerada en los discursos como especialmente difícil si los profesionales no pertenecen al mismo sistema, pudiendo plantearse conflictos entre los diferentes profesionales. En algún caso, ilustran este riesgo haciendo referencia a experiencias previas:

A: Por ejemplo eso de ir a un domicilio donde de pronto ellos tienen una compañía de salud privada y entonces, han llamado a...tienen un fisio que viene y...o...si...y entonces me ha dicho *“que le diga a la enfermera tal”*, entonces,...como,...como es...como viene de otra fuente...no nos informamos, entonces cuando a lo mejor éste te viene y te suelta una ...algo que no te gusta, ¿eh?...automáticamente tú dices...*“¿pero éste quién es para decirme a mí nada...o para dejarme a mí dicho tal”*. Sí...podemos aquí compartir y hablar y tal...pero no alguien que venga y te deje a ti dicho que tal...no. Él no me conoce a mí, yo no le conozco a él, yo no sé lo que le está haciendo él...¡y la información me la pasa a mí una señora de ochenta años!

B: Bueno, pero eso puede ser un caso particular...

A: Bueno...claro...pero sienta mal...además porque lo he vivido como si yo no estuviera desempeñando bien mi trabajo...y él que sabe de...de, es decir....ni...ni...¿me entiendes?

Se desprende de los discursos que con un servicio externalizado existe un riesgo mayor para la descoordinación con los profesionales de los centros de salud, limitando la perspectiva integral e integradora que debe ofrecer la Atención Primaria. De esta forma, algunos señalan que la provisión de un servicio desde el sistema de salud público puede gestionarse y evaluarse, y aunque el coste pueda ser elevado, el reto está en el diseño y organización del servicio.

Yo creo que se ha de plantear a nivel público, es verdad que, bueno implantar con una sistemática de evaluación y ver el servicio que damos, ¿no? la valoración económica también es relativa...si lo comparas con una situación en la que no se ofrece el servicio, no se resuelven una serie de problemas, eso es caro, es así ¿no? pero yo creo que es un servicio que se puede ofrecer y evaluar...evidentemente no tiene un coste pequeño, pero yo creo que si lo planteas adecuadamente...

8.4 LAS EMOCIONES Y LOS SILENCIOS.

En este apartado se incluyen aquellos aspectos que han sido generadores de emoción en el transcurso de las entrevistas y aquellos que no han sido apuntados por el colectivo entrevistado en sus discursos, evidenciando que la forma en que se dice y lo que no se dice puede ser tan relevante para el estudio como la percepción vertida por la persona entrevistada. En un primer apartado se incluirán aquellos aspectos relacionados con la emotividad y en un segundo apartado se describirán los silencios aparecidos en las entrevistas.

8.4.1 LAS EMOCIONES

El desarrollo de las entrevistas produjo momentos de especial carga emocional verbalizada por el colectivo entrevistado y recogidos también en las notas del diario de investigación. Estos instantes emergen generalmente en los momentos en que expresan las necesidades de salud de las personas ubicadas en su domicilio, cuando relatan sus experiencias profesionales en la atención domiciliaria o en relación con la ausencia de atención de fisioterapia en el domicilio.

Algunas personas entrevistadas hacen especial referencia a la sensación de impotencia como profesionales ante la complejidad de la situación en que viven algunas personas de la comunidad. Ello se presenta como una cierta decepción, considerando en cierta manera que los resultados de sus esfuerzos son limitados o infructuosos.

Te das cuenta que a veces, de que..., de que este paciente en casa efectivamente no está tan bien como tú te creías,...eso angustia. No se ha comprado esto, no se ha comprado lo otro, tiene todo liado, tiene la casa muy sucia...

De esta forma algunas personas señalan que sus prácticas en el entorno cotidiano superan sus funciones profesionales, expresando algunos con especial énfasis la percepción de desgaste con un sistema sanitario que expresan como opresor y que no les facilita un desarrollo profesional más satisfactorio.

Porque ya estamos hasta aquí de estar siempre dando y dando y dando: dando de tu tiempo, dando de tu esfuerzo, dando...

Por otro lado, una parte del colectivo se mostró especialmente sensible ante la consideración de no poder dedicar sus esfuerzos a las personas más necesitadas o a las familias más vulnerables. De esta forma, comentan con desazón que la demanda más visible no siempre corresponde a las necesidades más prioritarias de la población, señalando como la propia cotidianeidad de la práctica en el centro de salud impide el desarrollo de actividades que puedan implicar un efecto directo en la salud de las personas.

La situación de falta de recursos que tenemos y desgraciadamente no salen mejor paradas las necesidades que son más necesarias, valga la redundancia, sino las que se hacen más evidentes o más presentes...Y eso lo vemos en la consulta...el hecho de la demanda que te crea la atención a determinados problemas agudos de salud que realmente...tiene una repercusión relativa lo que tú haces ¿no? infecciones respiratorias de vías altas o...mira... es que eso, haga lo que haga igualmente se resolverá ¿no? y eso te ocupa una serie de tiempo...actividades y recursos que van a perjudicar a otras cosas que a lo mejor se obtendría más beneficio...

Las condiciones del domicilio en que viven las familias que visitan, el entorno y las dificultades que éstas presentan, son uno de los elementos que expresan con mayor emotividad al colectivo entrevistado. A continuación presento algunas de las manifestaciones que ilustran esta carga emocional.

Y...eso, en un domicilio te vas a encontrar con muchas...a veces con muchísimas dificultades...situaciones que son de...bueno de decir *“aquí no se puede vivir”*.

Me revela pensar cuando te dicen “*no, porque tal...en el tercer mundo...*” ¡el tercer mundo lo tenemos aquí!...la gente desconoce muchísimo lo que tenemos...verdadera pobreza, verdadera soledad y ¡verdadero abandono!

Tal y como se recoge en la cita anterior, la percepción de abandono fue expresada con angustia, especialmente por una falta de continuidad en la atención en salud o apoyo social. Ello aparece con especial frecuencia en las cuestiones relacionadas con la atención de fisioterapia en el domicilio.

Estos pacientes están totalmente desatendidos. Se supone que en un periodo determinado han estado ingresados y allí a lo mejor le han dado las pautas. Muchas veces cuando son pacientes de larga estancia y que llevan mucho tiempo haciendo rehabilitación, pues ellos más o menos se sabe, pero llega el momento en que se quedan en el olvido. Están en casa y en el olvido.

Pues hay gente que vive sola, gente que vive metida en un sótano o...cosas de ese tipo, que las hay. Y si vas a hacer una fisioterapia y te encuentras...eso, metido en un cuarto que no tienes ventilación ni tienes espacio, prácticamente en un camastro en una escalera...como yo tengo alguno...pues la verdad es que las condiciones no siempre van a ser fáciles.

Entre las personas que el colectivo entrevistado define como olvidadas por el sistema sanitario se destaca el caso de personas mayores, que se manifiesta en las entrevistas como el grupo más vulnerable. Viven algunas de las personas entrevistadas con especial angustia la consideración de desahucio en que el sistema sanitario coloca a determinadas personas en relación con sus condiciones de salud. Para estas personas, los recursos de fisioterapia son considerados un lujo, mostrando con frecuencia de forma emotiva la crítica a un modelo de atención que no valora las repercusiones de la funcionalidad física en la autonomía.

Porque si son mayores, se suelen quedar en casa y ha quedado como ha quedado....sale del hospital y...queda como queda...si el hospital no lo ha citado para la fisio...que pasa pocas veces...que ¿el mayor no habla?, pues no habla, ¿no mueve la pierna derecha? Pues no la mueve. (*Pausa*)

Otro de los momentos donde se presenta una importante carga emocional en sus respuestas se produjo al relacionar las necesidades de la personas con su práctica profesional en su sentido relacional. Disponer de las condiciones para desarrollar actividades de escucha y acompañamiento aparece de forma intensa en algunos discursos, considerando que estas actividades sí responden a las necesidades de las personas ubicadas en su domicilio. Las citas siguientes ilustran la emotividad en estos aspectos. La primera, obtenida en el transcurso de una entrevista personal, incide en lo emotivo de gozar de la confianza de las personas en el proceso de atención en salud. En la segunda, esta reacción emotiva surge de la reflexión y autocrítica de una profesional durante una sesión grupal.

Lo que casi más agradecen no es una toma de tensión o una cura, sino el acompañamiento, el contacto: si ha dormido o no ha dormido, qué ha comido, qué planes tiene, problemáticas con los hijos, familiares, o sea te hacen partícipe de su entorno...casi más...que una cosa así cualquiera lo podría hacer...pero...se abren a ti (*sonríe*).

Tal vez es problema nuestro, del profesional (*Pausa*). No sabemos darle el valor que tiene. Es decir, detrás del control técnico que a lo mejor es necesario, y a lo mejor super secundario, pues ahí buscar realmente cuál es la necesidad de la persona (*Pausa*).

La sobrecarga de las personas que ejercen el cuidado informal, sobre todo en referencia a mujeres mayores que en su limitada condición física tienen la responsabilidad de cuidar a un familiar, aparece con frecuencia de forma emotiva en las entrevistas. Hacia esta figura, la de la mujer mayor que cuida a otros, se dirigen gran parte de los comentarios cargados de afectividad. Estas mujeres, vistas como heroínas en el desarrollo de las actividades de cuidar, pero también frágiles debido a la sobrecarga consecuente, son consideradas como un pilar de la atención domiciliaria poco valorado por la sociedad. Algunos relatos narran experiencias personales vividas con sus propios familiares, con frecuencia en relación a sus madres, para ilustrar en que manera son conscientes de las dificultades que estas mujeres han de afrontar.

Como dice mi pobre madre: *“como no soy diabética, ni hipertensa, ni tengo un cáncer...de momento nunca puedo ser la estrella, pero tengo 82 años y me deterioro”*. (...) Por eso a mi, como profesional, ya no como hija, porque como hija me puso el corazón a palpar, pero como profesional he pensado: *“efectivamente, a favor...”*, por eso te digo que el cuidador es importantísimo, por eso yo te decía, muchísimas veces a mi me interesa más el cuidador que el paciente, o sea mi objetivo muchas veces es el cuidador...

El apoyo recibido por las familias, pero también los conflictos vividos durante las intervenciones domiciliarias fueron relatados con una importante carga emocional. Muestran en sus relatos una indefensión ante estas situaciones en que consideran que las familias no pueden colaborar más en la atención a las personas enfermas. Pero se sienten especialmente molestos cuando consideran que esa falta de apoyo se debe a un traslado de la responsabilidad de cuidar al profesional sanitario y la familia se ubica en un rol pasivo. Esta situación de conflicto, reflejada tanto en las entrevistas individuales como grupales respecto a la atención domiciliaria, también fue manifestada por profesionales que actualmente no realizan atención en el domicilio pero que relatan incidencias durante el desarrollo de su actividad en el centro de salud que transfieren también al ámbito domiciliario.

Nos encontramos muchas personas que están ahí, que hace años a lo mejor que no bajan a la calle, o que bajan una vez al mes, ¿sabes? si tienes la suerte de tener familia que les cuide...que les cuide me refiero que, que bien, ¿no? que se preocupen de...de que esta persona no vaya perdiendo facultades, ¡perfecto! Pero a veces no tienen familia o tienen familia, que bueno...ya le va bien que estén en la silla de ruedas así...¡todo el día!

No sé, yo creo que bien no lo estamos haciendo...hay cosas que fallan por muchos lados, para mi no estamos dando una atención domiciliaria de calidad. Cuantas veces hemos ido a una casa y...¡y molestas! ¡Porque es la hora de la comida! Y tú estás visitando al enfermo y ves que la familia come, y otro tirado en el sofá fumándose el cigarro...y bueno...¡QUÉ PODEMOS EXPLICAR AQUÍ! (Con énfasis)

Algunas personas entrevistadas expresaron con desazón la percepción de una deficiente valoración de su trabajo por parte de otros colectivos profesionales, tanto de Atención Primaria como de especializada. En cuanto al ámbito de la Atención Primaria, algunas personas entrevistadas pertenecientes a los equipos de apoyo ubican en la poca comunicación desde los otros miembros del equipo una falta de consideración hacia su profesión, que genera respuestas intensas y emotivas durante algunas entrevistas. Para otros profesionales, los conflictos con profesionales de atención especializada o el ESAD, trae a los discursos la percepción del escaso prestigio del colectivo profesional de Atención Primaria en el sistema sanitario.

A veces tengo la sensación de que estamos luchando por el paciente, como si fuera...ya casi...como mi padre, puedo decir ¿no? *“a ver, son pacientes, que no es nada para mi, que te estoy pidiendo...para este paciente porque yo valoro como profesional que necesita esto, esto y esto!”*(simulando hablar con otro profesional)

Es que lamentablemente no tenemos una conexión directa donde podamos *“ mira tengo este caso...búscame una solución”*, ...vas a uno, ese pasa al otro, el otro *“es que eso no es aquí, ve allá”* y luego vas otra vez atrás...

Fue posible evidenciar en muchos de los relatos del colectivo entrevistado su percepción de pertenecer a un grupo profesional poco valorado. En general fue posible identificar algunas diferencias en los discursos de las personas de diferentes grupos profesionales. Para los profesionales de enfermería la falta de condiciones y recursos de apoyo en la realización de la atención domiciliaria programada se evidenció como uno de los aspectos de mayor angustia. Para los profesionales de medicina de familia fue la falta de tiempo ocasionada por la demanda de consulta en el centro de salud y la demanda urgente injustificada en el domicilio, la que ocasionó la mayor parte de los relatos ricos en elementos emotivos.

Los profesionales de trabajo social, ubicados en la encrucijada entre el ámbito sanitario y social señalan con frecuencia impotencia por la incomprensión hacia su actividad y la limitación de recursos con los que cuentan para atender a necesidades tan complejas de las personas. Las personas entrevistadas del ámbito de la pediatría señalan con emotividad la sobrecarga de sus consultas y la poca priorización que el sistema sanitario ofrece a las necesidades de los niños con discapacidad. Entre los aspectos de mayor carga emocional presentes en los relatos del colectivo de fisioterapeutas se encuentra su percepción de ser un grupo profesional poco valorado tanto desde la gestión de Atención Primaria y como por los profesionales de los equipos, mostrando en ocasiones una percepción de impotencia para cambiar esta situación. El aspecto común en los discursos de los diferentes grupos entrevistados fue el énfasis en valorar la comunicación entre profesionales, y con ello la decepción cuanto no se les tiene en cuenta.

Pero claro, el problema, a nosotros, pues bueno, a veces nos llega la información y a veces no. Entonces, yo ahí también me siento...(pausa).

Efectuar en buenas condiciones la responsabilidad de la atención y cuidado de las personas y sobre todo, contribuir a la autonomía y a la calidad de vida de las mismas y sus familias, es relatado por el colectivo entrevistado incorporando elementos de emotividad. Los aspectos relacionados con la cercanía y complicidad que se puede producir en la vista domiciliaria y también el reconocimiento público como profesional de salud han sido los aspectos que en el transcurso de las entrevistas se han evidenciado con especial satisfacción e incluso verbalizado en los relatos.

Valoran especialmente el feedback recibido por las personas a las que atienden, sus familiares y quienes les cuidan, mostrando con agrado como este hecho les produce una motivación intrínseca para el desarrollo de su actividad profesional. Las transcripciones que a continuación se presentan son muestra de dos momentos compartidos durante las sesiones grupales.

Buscando un domicilio, me para un señor y me dice “*le ayudo?*” y yo pienso, “*pues sí que se me nota que estoy perdida!*” (risas).

(*Conversación simulada*)

- “*Bueno, pues sí - digo - es que estoy buscando tal...*”

- “*Es que usted es mi enfermera*”

(*Silencio en el grupo*). O sea, me han visto por la calle y soy SU ENFERMERA (*con énfasis*) y... esto me llenó.

Es que yo hablo de una manera...pues claro, cuando llevas muchos años, pues vas a los sitios, y quieren hablar contigo...y te preguntan, por ejemplo como están mis hijos (*sonríe*). Porque claro, ya hay una relación...que te han visto embarazada...hay una relación...muy especial (*sonríe*).

8.4.2 LOS SILENCIOS

En este apartado se recogen aquellos aspectos que las personas entrevistadas no han reflejado en sus discursos. Señalo aquellos temas que han sido expresados superficialmente o evitados, requiriendo una mayor profundización en el proceso de entrevista, pero también la dificultad identificada o verbalizada por el colectivo entrevistado para tratar algunas cuestiones.

De los relatos del colectivo entrevistado y de las anotaciones del diario de la investigación pude observar que algunos aspectos referentes a la Atención Primaria y la intervención domiciliaria aparecieron sólo en referencia a la fisioterapia. Entre aquellos aspectos, conceptos como la rentabilidad o la evaluación del coste-beneficio en el servicio público fue comentado en varias ocasiones en referencia a la fisioterapia pero en ningún caso surgió este aspecto en referencia a las prácticas domiciliarias de otros colectivos profesionales.

Aunque en general los discursos apuntan a que las personas entrevistadas se sentían cómodas al hablar y compartir sus experiencias y así lo verbalizaban, en algunas cuestiones, sobre todo en las referentes a los conflictos de intereses en el domicilio fue más difícil obtener sus perspectivas. También en algunos casos

particulares fue posible observar la expectativa hacia las cuestiones referentes exclusivamente a la fisioterapia, por lo que las cuestiones a su propia práctica se presentaban de forma muy escueta, tendiendo a simplificar sus respuestas. Sin embargo, sus actividades emergieron con frecuencia al explicar la adecuación entre las prácticas de fisioterapia y las prácticas de la persona entrevistada, lo que pone de manifiesto una selección de las mismas en función de esta cooperación. Es decir, el objeto de la investigación, llevó a las personas entrevistadas a filtrar sus experiencias profesionales, de forma que explican anécdotas que consideran que tienen más relación con las situaciones susceptibles de intervención de fisioterapia, silenciando otros aspectos que consideran menos relevantes.

También fue silenciada la participación de otros colectivos profesionales en la intervención domiciliaria. Mientras que profesionales de psicología o podología son citados en algún caso de forma muy anecdótica, otros colectivos no son citados en el transcurso de las entrevistas, como profesionales de logopedia o terapia ocupacional. Aunque se insiste en los discursos en la intesectorialidad, los profesionales indiden en la relación entre los sectores sanitario y social, silenciando otros sectores como el educativo o el productivo.

La atención domiciliaria fue descrita como una intervención que posee elementos que pueden influir en la satisfacción o insatisfacción de los colectivos profesionales con este tipo de intervención. Cabe destacar que con frecuencia, los aspectos negativos fueron silenciados al explicar su valoración personal, pero emergieron al poner esta valoración en boca de otras personas o colectivos. Entre ellos destaca la inseguridad o la pérdida de estatus que consideran que el profesional puede vivir en el domicilio. Con relación a la fisioterapia, los silencios más patentes hacen referencia a la fisioterapia en Atención Primaria a nivel organizativo así como sus funciones concretas. De esta forma recurren las personas entrevistadas de colectivos distintos de la fisioterapia a narraciones anecdóticas, a comparaciones con su práctica o a ejemplos centrados en las patologías para ayudarse a explicar las prácticas de fisioterapia.

Cabe destacar también que los registros del diario de campo sacan a la luz la inseguridad mostrada en algunos relatos al hablar de la fisioterapia, evitando arriesgarse en la descripción de cuestiones sobre las que temían equivocarse.

En cuanto a las intervenciones de los diferentes grupos profesionales, la limitada comunicación y coordinación señalada en los relatos se evidencia al expresar las actividades de grupos profesionales diferentes al de la persona entrevistada. En cualquier caso, y en referencia a las intervenciones de fisioterapia, una mirada en detalle a los discursos evidencia que en general son relacionadas con afectaciones del sistema musculoesquelético, neurológico o cardiorrespiratorio y sus consecuencias para las personas, silenciando el papel de la fisioterapia en otras cuestiones que sí aparecen como necesidades en salud de las personas en los discursos.

En los relatos pude identificar una dificultad inicial para concretar el modelo de desarrollo de fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria y mostrar preferencias. Entre los motivos que incluyeron las personas entrevistadas fueron el considerar que es un tema que corresponde más a la administración definirlo, el no ser fisioterapeuta para opinar sobre ello, o en sentido contrario por considerarse personas directamente implicadas en esta implementación. Sin embargo, aunque en algún caso la persona entrevistada se ubicó con cierta ambigüedad entre varias posibilidades, la gran mayoría del colectivo entrevistado acabó posicionándose en uno u otro sistema de implantación o desarrollo.

Finalmente, en cuanto a la incorporación del colectivo de fisioterapeutas al entorno domiciliario fueron citados sólo ocasionalmente posibles conflictos con otros grupos profesionales que ya ocupan este espacio, en relación generalmente a las dificultades comunicativas y coordinación en la atención domiciliaria.

TERCERA PARTE

LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA: UN CAMINO POR CONSTRUIR

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN

La discusión de los resultados presentados en el capítulo anterior se recoge en esta tercera parte del trabajo, anticipando la sección de conclusiones e implicaciones del mismo. He dividido este capítulo noveno en diferentes apartados buscando con ello iluminar de forma especial algunos de los aspectos de análisis e interpretación. Los títulos de cada apartado, escogidos en general metafóricamente o en alusión a alguna cita de los discursos, representan el aspecto específico tratado en ese apartado de la discusión, aunque la transversalidad de algunas cuestiones hace que aparezcan también, ubicados más en la sombra, en otros momentos a lo largo del capítulo.

9.1 CONCEPCIONES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

Los discursos presentan una conceptualización de Atención Primaria haciendo referencia a elementos que la literatura recoge como características fundamentales del modelo de Atención Primaria de Salud (Vüori, 1984) en referencia a un nivel de asistencia, una estrategia de la organización de servicios, un conjunto de actividades, y una filosofía. Sin embargo, también aparece en los discursos de la atención domiciliaria, perspectivas en cuanto a la organización y prácticas en este servicio que no parecen coincidir con estos elementos conceptuales.

9.1.1 EL DOMICILIO ¿ES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

El colectivo entrevistado coincide en señalar que la atención domiciliaria es una actividad propia y característica de la Atención Primaria de Salud. De esta forma, definen la atención domiciliaria con algunas de las características que se otorgan conceptualmente a este modelo de atención, como la accesibilidad, longitudinalidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad, aportando un enfoque integral e integrado a la intervención (OMS, 1978, Starfield, 2001, Martín, 2003).

Estas aportaciones sobre la atención domiciliaria apuntan a esta intervención como un pilar importante en el cambio de filosofía y organización de la atención sanitaria. Para Martín (2003), los cambios inherentes a los procesos de reforma y potenciación de la Atención Primaria han repercutido de forma directa en el modelo de atención domiciliaria, que ha pasado de ser considerado un modelo dirigido a una asistencia puntual con connotaciones exclusivamente sanitarias a ser parte de un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinaria en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales.

En este sentido, aunque con frecuencia los relatos del colectivo entrevistado apuntan al domicilio como un espacio de intervención del equipo de salud coherente con su rol comunitario, gran parte de los discursos ponen de manifiesto la consideración del centro de salud como el eje de sus intervenciones. Fue posible identificar que el centro de salud representa el entorno principal donde se desarrolla el servicio a la comunidad, identificándolo como el espacio del colectivo profesional. Subyace en relación con la atención domiciliaria la cuestión de dificultad en el acceso a este entorno profesional como un mecanismo que provoca el desplazamiento de miembros de los equipos de salud a donde las personas viven.

El centro de salud, es definido en la literatura como la estructura física y funcional en la que se ha de desarrollar una parte importante de las actividades de la Atención Primaria, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el centro (Martín, 2003). De esta manera, la propia organización de la Atención Primaria considera al centro de salud como un elemento clave de la atención en este nivel, cuya ubicación próxima a la comunidad ha de facilitar no sólo el acceso de ésta al centro sino también las visitas del equipo de salud a los domicilios y la movilidad del personal en el área de referencia para llevar a cabo investigaciones sobre el estado de salud, actitudes y prácticas relevantes (Sidney et al., 1993).

La vertebración de la Atención Primaria en el centro de salud responde según el colectivo entrevistado a su rol profesional en este modelo, pero también a la creciente demanda sanitaria de la población, que puede ser atendida más ágilmente en el centro. En general refieren las ventajas de establecer como núcleo de su intervención el centro de salud por considerarlo una atención más costo efectiva para el sistema, relacionándolo con una mayor calidad, y apuntando a la disponibilidad de recursos materiales y apoyo profesional. De esta forma, el modelo de Atención Primaria que señala el colectivo entrevistado aparece desarrollado fundamentalmente en su vertiente asistencial o curativa.

La intervención comunitaria aparece en referencia a la conceptualización del modelo de atención y en menor medida en los relatos que explican sus prácticas. La atención domiciliaria de tipo preventivo o exploratorio es uno de los elementos que aparece minoritariamente en algunos discursos como parte de este rol comunitario, aunque en los discursos se expresa la percepción de situaciones de riesgo en el ámbito domiciliario. Identifican este tipo de visitas con la atención a las personas mayores y su riesgo de caídas, lo cual también se halla recogido en la literatura (Benitez, 2003) en referencia al papel de los equipos de salud.

La accesibilidad es un aspecto central en los discursos del colectivo entrevistado. Señalan la relevancia de hacer llegar los servicios a las personas cuando éstas no pueden desplazarse al lugar donde habitualmente se ofertan, es decir, el centro de salud. En este sentido, la propia definición de la Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) contempla la necesidad de aproximar a la ciudadanía los servicios, acercándolos a donde la gente vive. Una mirada más profunda del concepto de accesibilidad en el modelo de Atención Primaria, permite identificar su consideración conceptual como la facilidad de las personas para contactar con los recursos sanitarios y utilizarlos, no sólo superando barreras relacionadas con el desplazamiento, sino también por criterios económicos, burocráticos o discriminativos.

Ello implica una consideración de la accesibilidad más allá de la posibilidad de las personas para desplazarse al centro de salud (Martín, 2003), aunque ésta es la forma cómo en general definen los discursos este elemento conceptual de la Atención Primaria.

Gran parte de los discursos apuntan a una consideración de la atención domiciliaria como un servicio específicamente delimitado a aquellas personas que por su estado de salud no pueden o no deben desplazarse al centro. Esta atención excluye según algunos relatos, a aquellas personas que pudieran desplazarse al centro de salud, delimitando mediante la situación clínica definida por el colectivo profesional la necesidad de atención domiciliaria. Esta perspectiva que ubica al centro de salud como el eje de la atención en salud y relaciona la atención domiciliaria con la incapacidad para desplazarse al centro de salud, aparece sin embargo también como elemento central en las definiciones de la atención domiciliaria (Martín, 2003) y en los programas de atención domiciliaria de los servicios de salud y en las carteras de servicios (Boe nº 222 de 16 de Septiembre de 2006) incorporando el juicio del profesional para las excepciones a esta norma general. Ello apunta a una percepción general de la accesibilidad del sistema de Atención Primaria con el acceso a las instalaciones, realizándose atención domiciliaria cuando aquel acceso no es posible.

Otro aspecto aparecido de forma minoritaria, es la consideración de que la atención domiciliaria puede estar indicada incluso en casos en que las personas pudieran desplazarse, pues las características de esta intervención facilita a los miembros del equipo de salud una obtención de información y un seguimiento que no es posible desarrollar en el centro. En este sentido, la intervención en el domicilio es señalada como un mecanismo de identificación de situaciones críticas en personas especialmente vulnerables a las que no tendrían acceso si su labor se centrara exclusivamente en el centro de salud o en la atención a demanda, pues estos casos no siempre son comunicados al colectivo profesional de Atención Primaria.

En este sentido el papel de los equipos de salud al que se refieren en sus discursos no sólo permite en la práctica la detección y actuación ante los factores que generan discapacidad y dependencia, sino que plantea un perfil profesional para intervenir más allá de las demandas expresadas por la población. Esta perspectiva focaliza la atención en la zona de salud de la que el equipo es responsable y no tanto en el valor de la atención sanitaria dentro de las paredes del centro de salud, lo cual es considerado en la literatura como el perfil característico de los equipos de Atención Primaria (Martín, 2003; Borrell y Cebrià, 2003).

Aunque como se ha visto, una parte importante de los discursos tienden a situar el espacio domiciliario en segundo lugar en relación con el centro de salud, en general este espacio es considerado como parte del ámbito de influencia de la Atención Primaria. Aunque algunos relatos manifiestan la percepción de ser un espacio compartido con la atención especializada, para la mayoría aquel nivel de atención tiene un papel puntual, en contraste con la intervención continuada y longitudinal que es realizada desde Atención Primaria. De esta forma, la falta de información y coordinación con estrategias iniciadas desde el ámbito especializado son verbalizadas con desagrado, apuntando a la pérdida de un espacio que cada vez más está siendo ocupado por diferente número y perfiles profesionales con los que no hay una coordinación preestablecida. Esta percepción es señalada también en la literatura que apunta a un incremento en el interés del ámbito domiciliario por parte de la atención especializada, que encuentra en este espacio un entorno menos costoso que la hospitalización (Gené y Contel, 1999).

Como se ha visto en la revisión de la literatura en la primera parte de esta tesis, gran parte de la literatura en relación a la fisioterapia domiciliaria hace referencia a estudios que comparan la asistencia hospitalaria con la atención domiciliaria. Recoge la literatura la consideración de que la atención especializada ha ido ocupando los espacios en el domicilio que la Atención Primaria no ha atendido.

Para Gené y Contel (1999), sería deseable que el hospital dejara de contemplar la atención domiciliaria como un campo para seguir creciendo y a los equipos de Atención Primaria como competidores por este mercado. En el contexto estudiado y para gran parte del colectivo entrevistado, el domicilio es percibido como un espacio de Atención Primaria, y donde la atención especializada juega el papel de un visitante ocasional. En referencia a la atención de fisioterapia en el domicilio, de forma minoritaria algunos discursos reflejan la consideración de que los insuficientes recursos de la Atención Primaria llevan a ubicar la fisioterapia domiciliaria como una estrategia más propia de la atención especializada. Sin embargo, las necesidades percibidas por el colectivo entrevistado, las experiencias vividas y las consideraciones de este modelo de atención, son elementos utilizados para justificar la percepción de que el espacio domiciliario representa un entorno comunitario donde a los equipos interdisciplinarios de Atención Primaria, incluyendo el colectivo de fisioterapeutas, les corresponde desarrollar las intervenciones propias del primer nivel de atención.

9.1.2. EL FILTRO A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

La participación de la comunidad es un aspecto fundamental en el diseño y aplicación de las políticas de salud. La Organización Mundial de la salud apunta (WHO, 2002, p. 11) que la ciudadanía puede decir al sistema sanitario *“Nosotros tenemos el derecho a hablar sobre las decisiones que afectan a nuestras vidas; Nosotros sabemos más sobre donde vivimos y lo que queremos y lo que es mejor para nosotros que la gente que trabaja para grandes organizaciones”*. Aunque el rol activo de las personas en la toma de decisiones que afectan a su propia salud es un elemento de especial relevancia en la atención en salud (Aguilar, 2001), y en especial en la Atención Primaria, la participación comunitaria apenas emerge en los discursos. La deficiente participación de la comunidad en la toma de decisiones en cuanto a la salud, se relaciona en la literatura (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Durán et al , 2006) con el escaso desarrollo de este elemento durante la Reforma de la Atención Primaria en nuestro país, pero también con un pasado

dictatorial que ha dejado mella en la sociedad civil. De esta forma, la participación comunitaria responde más a experiencias puntuales que a un aspecto integrado en la planificación, programación y puesta en marcha de las actuaciones, por lo que en la actualidad sigue considerándose un aspecto a mejorar en la organización de la Atención Primaria en nuestro país (MSC, 2007)

La percepción de una demanda creciente de la población al sistema sanitario requiere para la mayoría de las personas entrevistadas, un sistema de filtro que ubicado en la Atención Primaria ha de ajustar la atención domiciliaria a los recursos disponibles. La literatura recoge el papel de filtro de la Atención Primaria, ubicando a nivel profesional la capacidad de emitir juicios informados sobre la selección de la mejor opción asistencial disponible a partir de un primer contacto (Starfield, 2001). Este papel de filtro recae generalmente el colectivo de profesionales de medicina de familia, aunque para la atención domiciliaria la literatura señalan también el papel de otros colectivos como de enfermería o de trabajo social (Prieto et al, 1999; Benítez 2003, Espinosa y De la Revilla, 2002) cuya posición les permite orientar en las intervenciones más indicadas a partir de la situación sociosanitaria de la persona. Para otros autores (March, 2004), la figura de la enfermera de enlace, ubicada entre el sistema primario y especializado de atención en algunas comunidades como en Andalucía, permite identificar las situaciones en que es necesaria la intervención domiciliaria, o aconsejar la intervención de profesionales de apoyo. En este estudio, el colectivo entrevistado señala también el papel del colectivo profesional de medicina de familia como puerta de entrada al sistema sanitario, así como su papel en la derivación a las intervenciones de otros profesionales se requiera. Sin embargo, los discursos apuntan en cuanto a la atención domiciliaria programada al papel de otros miembros del equipo de salud en este primer contacto, señalando a colectivos de enfermería y trabajo social en la identificación de situaciones que requieren intervención domiciliaria. De esta forma, en cuanto a la intervención de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, si bien señalan que el primer contacto y función de filtro puede realizarse desde la medicina de familia,

enfermería y trabajo social, apuntan algunos discursos al papel del colectivo de fisioterapeutas en la toma de decisiones respecto a si la fisioterapia es la mejor opción disponible o no, pero también a las características y momentos de la intervención. En este sentido, la normativa de funcionamiento de la fisioterapia en Atención Primaria recoge también el papel del colectivo de medicina de familia y pediatría en la derivación a los servicios de fisioterapia (Circular 4/91 de 25 de febrero, apartado 10º), aunque algunas comunidades incorporan además al personal de enfermería en la solicitud de fisioterapia en la atención domiciliaria (SAS, 2003). Las ventajas de estas derivaciones directas se recoge en la literatura en relación no sólo a la mayor agilidad en el proceso de intervención en Atención Primaria sino también a los costes (Medina et al, 2002).

En la literatura se insiste en las ventajas para el sistema de salud de la función de filtro de la Atención Primaria, pero menos estudiados son los efectos negativos para las personas y el coste añadido para los sistemas social y sanitario de la limitación en las intervenciones que un sistema de filtro provoca (Starfield, 2001). Esta limitación en el tratamiento puede deberse a la ausencia de desarrollo de un determinado servicio, cuando no se deriva la persona al servicio adecuado, o cuando las condiciones de accesibilidad al mismo son deficientes. Estos efectos sí son percibidos por el colectivo entrevistado que apunta a las consecuencias en el nivel de autonomía de la persona por un infratratamiento domiciliario, en particular en relación a la fisioterapia. Algunos discursos sacan a la luz la dificultad de los miembros de salud para identificar con claridad si la fisioterapia es una opción disponible ante la falta de información sobre el servicio, sus funciones y el sistema de derivación. Explican además en sus discursos cómo los diferentes sistemas de filtro para la atención establecidos desde el ámbito sanitario y los sistemas de filtro desde el ámbito social, configurados de forma independiente, puede provocar una falta de atención a las personas, cuestionando el desarrollo de la perspectiva sociosanitaria en el contexto de la atención primaria domiciliaria.

9.1.3. TODOS PARA UNO Y UNO PARA TODOS

La interdisciplinariedad fue señalada en el primer capítulo como una de las características propias del modelo de Atención Primaria de Salud (OMS, 1978). Este elemento aparece de forma particular en los relatos que definen la Atención Primaria domiciliaria, señalando su influencia para un desarrollo integral e integrado de la atención. Apuntan en este sentido que la visión conjunta de diferentes miembros del equipo de salud permite identificar mejor las variadas necesidades en el entorno domiciliario, pero también facilitar una continuidad en el proceso de atención. El enfoque interdisciplinar lo relacionan en muchos casos con la responsabilidad en salud de distintos profesionales con un mismo grupo poblacional. Esta consideración incluye la atención domiciliaria, donde las ventajas de la intervención de los mismos equipos de salud en el entorno domiciliario es recogida también en la literatura (Contel, Gené y Limón, 1999; Espinosa y de la Revilla, 2002). En concreto, Starfield (2001), explica que la longitudinalidad del modelo de Atención Primaria no sólo permite al profesional el ser sensible a los cambios sutiles en el estado de las personas que visita sino que favorece un conocimiento mutuo entre los distintos profesionales que intervienen.

Coinciden en apuntar el colectivo entrevistado que satisfacer el derecho de la población a la atención domiciliaria en Atención Primaria implica la presencia de una variedad de profesionales que participan en este modelo de Atención. El desplazamiento al domicilio es valorada por una gran parte del colectivo entrevistado como una posibilidad para ofrecer una continuidad en la atención a lo largo de la vida de la persona. La atención domiciliaria así entendida, responde a los elementos que caracterizan a la Atención Primaria y permite prestar un servicio de forma ininterrumpida especialmente entre las transferencias entre la atención en el centro de salud o la atención especializada y la atención en el domicilio.

Disponer de información de servicios utilizados y experiencias de las personas con éstos, apunta al papel de la Atención Primaria como el centro de gestión de la atención que se produce en los otros niveles sanitarios (Starfield, 2001, Martín, 2003). Para las personas entrevistadas, asegurar esta continuidad requiere una transferencia de información entre los niveles especialmente ágil, sobre todo durante la atención compartida entre los equipos, los equipos de apoyo a la atención domiciliaria o los equipos de hospitalización a domicilio. En este sentido, aunque la literatura recoge el rol activo de la persona atendida y su familia en la transferencia de información entre niveles (Starfield, 2001), el colectivo entrevistado prioriza la transferencia de información entre profesionales de salud y sociales. Para ello la literatura apunta a la necesidad de transformar las estructuras del nivel primario y especializado a fin de conseguir redes funcionales (Malcom, 1994), rompiendo las tradicionales barreras y la competitividad en que ambos ámbitos se encuentran en nuestro país (Durán et al, 2006; González et al, 2006).

La atención domiciliaria supone para el grupo entrevistado un espacio donde han de confluir profesionales de distintos niveles y sectores de atención. Esta participación de profesionales de distintas disciplinas del ámbito sanitario y social aparece como uno de los elementos característicos de la atención domiciliaria considerando la coordinación como un elemento clave para la identificación de las necesidades y el desarrollo de sus intervenciones. Multitud de declaraciones, directrices o informes sobre la Atención Primaria recogen el valor de la participación de profesionales de diferentes instituciones y organizaciones, procedentes de servicios sociales, sanitarios o comunitarios (OMS, 1978; MSC, 2001; WHO, 2003, MSC, 2007). Por ello la coordinación entre los sectores en la Atención Primaria domiciliaria también es considerada esencial en la literatura, donde en palabras de Espinosa y de la Revilla (2002, p. 225) la intervención de profesionales independientes *“crea confusión y no rentabilizan los recursos y los esfuerzos que esta actividad genera”*.

La intersectorialidad en la atención domiciliaria implica una interrelación y coordinación que permita desarrollar las actividades relacionadas con la Atención Primaria como de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social junto con otras estructuras del sector sanitario y social. Para Macinko, Starfield y Shi (2003) la Atención Primaria requiere de la participación de otras estructuras y profesionales que de forma coordinada puede llegar mejor a la población para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, coincide en señalar el colectivo entrevistado que la comunicación entre sectores no es sencilla, y cuando se produce no siempre consiguen los resultados esperados, en especial en referencia a las demandas de recursos.

La limitada disponibilidad de las personas en la comunicación intersectorial es apuntado como un elemento que pone en riesgo comunicaciones futuras, aunque otros elementos son señalados también como deficiente ubicación de profesionales del ámbito social en los centros de salud. Esta intersectorialidad es percibida en los discursos como un aspecto de especial relevancia para orientar sus prácticas, permitiendo una mayor relación entre los profesionales de los diferentes ámbitos evitando los conflictos y tensiones que en el entorno domiciliario ya se producen. Sin embargo, esta característica es vista como un reto de futuro, relacionando algunas personas entrevistadas el desarrollo de la fisioterapia en el entorno domiciliario como mecanismo de estímulo para repensar las actuales dificultades en una estrategia intersectoral para la atención domiciliaria.

9.1.4 EL REY, LA REINA Y LOS LÍMITES DEL CASTILLO

La integralidad de la atención es considerada por el colectivo entrevistado como uno de los aspectos de la Atención Primaria que la atención domiciliaria facilita, sobre todo a tenor de los efectos de la dependencia de las personas recluidas en su domicilio. La literatura recoge que aunque la calidad de vida de las personas confinadas en el domicilio puede estar influenciada por factores como la pérdida

de movilidad, otros aspectos pueden intervenir en la percepción de calidad de vida. Para Lurdes (2001) otros factores que influyen son la ausencia de relaciones familiares, la incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y la reducción de los contactos sociales y de comunicación, pudiendo asociarse también a los recursos económicos insuficientes. Además, la literatura reconoce que una persona con enfermedad crónica en la familia va a repercutir en todo el funcionamiento familiar. Volver a casa después de un proceso con consecuencias en el nivel de autonomía de la persona, supone una readaptación de la estructura familiar que precisa de tiempo y apoyo profesional fundamentado en una coordinación sociosanitaria (Santaeugenia, 2007). Por otro lado, la intervención en el domicilio de diversos profesionales por un largo período de tiempo provoca cambios en el significado y hábitos en los que intervienen también las familias (Angus et al, 2005).

Los discursos ponen de relieve la percepción de que la atención domiciliaria facilita el desarrollo de un enfoque biopsicosocial en la atención. Relatan que les permite la mirada centrada en la persona en su concepción integral, ubicando y relacionando el problema de salud con el contexto en que la persona vive. Una valoración de la situación así entendida permite según sus discursos la realización de un diagnóstico contextualizado a las condiciones de vida de la persona y las ayudas con que cuenta, lo que facilita la toma de decisiones más ajustadas a la situación y a los recursos disponibles. Desde este enfoque, el domicilio es considerado no únicamente como un entorno donde se ubica la persona, sino como un contexto psicosocial que favorece el desarrollo de la Atención Primaria de Salud centrado en las necesidades de salud de las personas, incluyendo la dimensión orgánica, funcional y social características de este modelo de atención (Starfield, 2001).

El espacio domiciliario es concebido en sus dimensiones psicológicas y sociales, el cual permite al equipo de salud identificar mejor las necesidades de las personas y la relación de éstas con los determinantes sociales de la salud. La

literatura señala que el domicilio representa el entorno habitual en el que se ha desarrollado la vida, y el vivir en el mismo, en condiciones adecuadas está vinculado conceptualmente a la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida que la que se obtiene cuando la persona está institucionalizada, por lo que la atención domiciliaria es cada vez más demandada por la comunidad (Oliván et al, 1998). El domicilio es señalado en la literatura como un concepto psicológico y social, a menudo relacionado con la calidez, la seguridad y la protección de las presiones del trabajo y vida pública (Bowlby et al 1997; Nicolás 2001). El concepto de casa no sólo está impregnado de las relaciones entre sus habitantes, sino que es expandido hasta incluir los alrededores del vecindario con su red de relaciones sociales y servicios. Familia, vecinos, amigos, asociaciones o colectivos comunitarios, servicios socio-sanitarios y educativos pueden participar e influir de alguna forma en el cuidado informal que se realiza en el domicilio (Hanson y Pratt, 1988), ampliando con ello la concepción de la atención domiciliaria. Para la Organización Mundial de la salud, el domicilio es considerado como un entorno comunitario que puede apoyar o dar soporte a la salud de quienes allí habitan (OMS, 1991). Es decir, es un entorno que ofrece a las personas protección frente a las amenazas para la salud, al tiempo que les permite ampliar sus capacidades y desarrollar su autonomía.

La calidad de vida, la autonomía y la funcionalidad es el objetivo de las intervenciones que aparece en algunos de los discursos del colectivo entrevistado. Esta perspectiva apunta a una consideración de salud que focaliza la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive el individuo (Salleras, 1985), de forma que la intervención integral va más allá de la intervención en la esfera física o biológicas. Esta integralidad en la atención en salud, se evidencia en las relaciones que discursos establecen entre la persona y el entorno social y físico en que vive. La presencia en el domicilio permite según algunos relatos identificar situaciones como la falta de recursos económicos o de apoyo social, dos de los determinantes sociales de la salud que más incluyen en el estado de salud de las personas y sus familias (Wilkinson y Marmot, 2003).

La consideración biopsicosocial de la intervención domiciliaria lleva la mirada a una conceptualización de la salud que supera la simple ausencia de enfermedad, pero también a una perspectiva multidimensional de las necesidades en salud.

Esas consideraciones apuntan al desarrollo de nuevos abordajes para la organización de servicios, con propuestas sistémicas que permitan incluir para sus análisis, tanto los aspectos biológicos, tradicionalmente considerados en el proceso salud - enfermedad, como los aspectos de orden emocional, afectivo, económico y social. Esos modelos más holísticos y complejos son los más adecuados según la literatura pues la realidad de salud es compleja, de naturaleza multicausal y socialmente construida (Minayo, 1998). De esa forma, los modelos ecológicos que consideran en sus análisis las interrelaciones entre los varios niveles de los sistemas, pueden representar una manera de entender la atención en salud en el entorno domiciliario. Influenciada por la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1968) los modelos sistémicos y ecológicos ponen el énfasis en la relación entre los diferentes elementos del sistema, superando una visión lineal del proceso salud-enfermedad centrada en los elementos orgánicos y celulares como origen y motivo de la intervención en salud. Esa función conjunta significa que ni uno ni otro, ni el resultado de la interacción entre los dos pueden ser vistos por separado. Considerando que salud y enfermedad, como cualquier otro evento en la vida del individuo, son partes de un mismo proceso, se presenta un carácter sistémico e interdependiente con las condiciones de vida para estudiar los procesos mórbidos.

La consideración de que la intervención domiciliaria facilita la valoración integral desde un enfoque psicosocial parece relacionarse en los discursos con las características del entorno en que se produce esta intervención. La conceptualización de la atención en el domicilio incluye en los discursos la consideración de un estrechamiento de la relación interpersonal, lo cual no siempre es manifestado satisfactoriamente por el colectivo profesional entrevistado. Implicarse en la atención domiciliaria significa impregnarse de la

realidad en que la persona vive, poniendo al descubierto más abiertamente diversas problemáticas invisibles en la consulta. Ello es referido en algunos discursos como un aspecto generador malestar o de impotencia para atender a esas nuevas necesidades que emergen, acompañado de una carga emocional añadida. Disponer de más información sobre las condiciones de vida de la persona puede transformarse en nuevas demandas dirigidas al profesional que se desplaza y que no siempre se ven capaces de asumir, evidenciando dificultades en la integración de estrategias sanitarias y sociales.

Un enfoque sistémico de la salud es holístico por su naturaleza, considerando el proceso salud – enfermedad bajo la visión biopsicosocial, es decir, factores biológicos y no biológicos tiene igual importancia. Sin embargo, el malestar evidenciado en algunos discursos en relación con las peticiones planteadas en las visitas domiciliarias pone en evidencia la diferente percepción del motivo por el cual los miembros del equipo de salud han de desplazarse al domicilio y su rol en él. Ilustran en sus discursos el desajuste percibido entre las demandas de la población y sus funciones señalando como referencia que algunas de las peticiones solicitadas durante la visita domiciliaria no se realizarían en un entorno de consulta en el centro de salud.

A diferencia de la visita domiciliaria, la consulta en el centro de salud es relacionada en general con un problema más concreto y unas actividades a realizar dentro en el marco de una institución sanitaria. Ello saca a la luz un enfoque de la atención todavía centrado en la patología, quebrando algunos discursos la perspectiva biopsicosocial definida en relación a la conceptualización de la atención domiciliaria. Se ilumina como las prácticas cotidianas en el centro de salud pueden transformarse en una consideración de funciones propias del colectivo profesional, independientemente del entorno en que se realicen. Pero ello también evidencia como las intervenciones en las instituciones sanitarias se han limitado en gran medida a las intervenciones a la enfermedad, centrando en un cuerpo fragmentado las miradas y las prácticas (Thornquist, 2001).

El domicilio trae a los discursos otros significados señalando en especial las relaciones establecidas. Aparece en los discursos bajo una consideración que incorpora el proceso de atención domiciliaria desde la planificación en el centro de salud y el desplazamiento hasta las actividades en él desarrolladas. Con el término domicilio se define a la persona, al servicio de salud, al rol profesional y a las prácticas. Incorpora además toda una serie de condicionantes, valores y reacciones emocionales que dificulta el establecimiento de los límites del domicilio. Al tiempo, factores como los aspectos socioeconómicos, apoyo social, vivienda, exclusión social y otros determinantes de la salud son citados como aspectos que tienen relación con la atención domiciliaria. Es posible por tanto, identificar en sus relatos como la atención domiciliaria incorpora aspectos ubicados en contacto directo en el domicilio, pero también cómo otras influencias ubicadas en un nivel más general tienen también una repercusión local. La forma en que la atención domiciliaria y sus condicionantes emerge de los discursos podría relacionarse con un enfoque sistémico de este tipo de atención evidenciando la manera en que los determinantes sociales de la salud, las condiciones en que se realiza la atención domiciliaria o el distinto papel que desarrollan los profesionales pueden influir en la salud de las personas ubicadas en el domicilio. Relacionando el modelo de sistémico salud de círculos concéntricos de Pereira (2003) con las consideraciones de la atención domiciliaria que en general emanan de este trabajo, la presencia de los equipos de salud en el domicilio se encuentra en el círculo central del sistema, pero otros determinantes de la salud ubicados en los círculos más externos influyen también en la salud de la persona, sus demandas y las prácticas del colectivo profesional. De esta manera, el domicilio aparece representado como el centro de un sistema rodeado de diferentes niveles, donde cada uno contribuye en el proceso como un todo, lo cual amplía los límites del mismo más allá de su estructura física.

9.1.5 SALIR DEL CENTRO DE SALUD: SER PROFESIONAL DE PRIMARIA.

La consideración de que la Atención Primaria ha de ser longitudinal y continuada requiere según los discursos la presencia en el domicilio del equipo profesional que habitualmente atiende a la persona en el centro de salud. De esta forma, gran parte del colectivo entrevistado considera que ser parte del colectivo profesional de Atención Primaria implica una atención dentro y fuera del centro de salud, interviniendo todos los miembros del equipo en ambos ámbitos. La realización por parte de los miembros del equipo de ambas intervenciones permite según sus discursos, asegurar una intervención longitudinal con el mismo grupo poblacional, lo cual facilita el seguimiento de la intervención. En general, emerge de los discursos que gran parte del colectivo entrevistado que realiza actualmente atención domiciliaria no estaría dispuesto a renunciar a esta parte de la intervención señalando que desvincular la atención domiciliaria del centro de salud pone en riesgo elementos conceptuales fundamentales de la Atención Primaria. Es presentado como una organización más coherente con la filosofía de este modelo de atención, evitando la fragmentación del escenario domiciliario convitiéndolo en un entorno de intervención de carácter especializado.

Tal y como se apunta en la revisión de la literatura, esta perspectiva se encuadra dentro del tipo de organización de la atención domiciliaria de Atención Primaria en nuestro país, donde a diferencia de otros países, se considera como parte de un conjunto de actividades integradas y desarrolladas por los mismos profesionales, con responsabilidad sobre las personas ubicadas en su domicilio y las familias (Hutten y Kerstra, 2003). Incorporar el escenario domiciliario a la organización de la Atención Primaria deriva de la propia conceptualización de este modelo, siendo según algunos autores la forma más adecuada para desarrollar la estrategia de atención familiar de forma longitudinal e integrada, que no se puede desarrollar separando la atención en el centro y la atención domiciliaria (De la Revilla y cols, 2003). La intervención en el domicilio es además uno de los servicios incluidos en

la cartera de servicios comunes para todo el territorio español, aunque la propia legislación española recoge la participación de equipos de apoyo a la intervención domiciliaria que los equipos del centro realizan (BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006, INSALUD, 1999).

Salir del centro de salud e ir a dónde la gente vive puede favorecer la identificación de la composición de las familias, los recursos con que cuenta, el entorno, las situaciones de riesgo, orientando en el diseño de políticas intersectoriales y organización ajustada a las necesidades de la población, todo lo cual son características de un modelo de Atención Primaria orientado a la comunidad (Sydney y Kark, 1993; Foz et al, 2003; Macinko et al 2007, Gofín y Gofín, 2007). La composición demográfica y socioeconómica de los hogares parece clave para entender y planificar la atención sanitaria, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte de la actividad de cuidado domiciliario lo realizan las familias. De igual importancia que la posición socioeconómica emerge en sus discursos la cuestión de género, pues una adscripción tradicional de cuidado informal principal a las mujeres puede implicar que si no hay mujeres en el núcleo familiar no hay ninguna otra fuente de cuidado informal, pero si las hay, esta labor del cuidado puede afectar a sus oportunidades para la salud.

Otro aspecto que permite la atención domiciliaria es identificar y tomar conciencia al colectivo profesional de las dificultades de acceso a los servicios de salud para una parte de la población, siendo una de las características de la vertiente comunitaria de la Atención Primaria (Gofin y Gofin, 2007). En particular el colectivo entrevistado que realiza atención domiciliaria pone de manifiesto en este trabajo las dificultades en el acceso a una fisioterapia continuada en su entorno, es decir, a una fisioterapia que comparte las características del modelo de Atención Primaria. De esta forma, los discursos sacan a la luz la percepción de una gran parte del colectivo entrevistado de la necesidad de atención domiciliaria de fisioterapia, pero también que actualmente en Mallorca sólo es un servicio ofrecido de forma privada. Aquellos grupos más

vulnerables, que caracterizan en sus discursos como personas mayores de baja renta y que viven solas o con pocos recursos de apoyo son las que son consideradas con más dificultades para asumir sus costes y acceder a este servicio de salud, apuntando situaciones de inequidad del sistema de salud en relación a las necesidades de atención de fisioterapia. Este grupo vulnerable identificado en sus discursos como un segmento de población invisible para una gran parte de las políticas y servicios, pero también para la sociedad general. En este sentido, la existencia de población en situación de riesgo ha sido también ha sido señalado en la literatura para el contexto estudiado, que apunta que cerca del diecisiete por ciento de la población de Baleares vive por debajo del umbral de la pobreza (Sa Nostra, 2006), siendo con ello el grupo más vulnerable cuando los servicios de salud se desarrollan exclusivamente desde sistemas sanitarios privados.

Como se ha comentado previamente, la manera en que las prácticas cotidianas se han organizado ha pasado a relacionarse en algunos discursos las funciones de los equipos de salud en Atención Primaria. En este sentido, una parte del colectivo entrevistado que no realiza atención domiciliaria en la actualidad manifiesta que ésta no forma parte de sus funciones profesionales. Emerge la consideración de que aunque la atención domiciliaria pudiera estar recogida en normativas que implican a su colectivo profesional, el desarrollo de sus actividades habituales en la práctica no permite un espacio para la atención domiciliaria. Para algunos autores, no es infrecuente que algunos colectivos profesionales no identifiquen el papel comunitario de la Atención Primaria, lo que para algunos tiene en general relación con cuestiones educativas, con la reproducción de actividades de la atención hospitalaria o con la ubicación de su disciplina en una perspectiva especializada. El caso del colectivo de pediatría aparece citado en la literatura (Martín, 2003), así como el caso de la fisioterapia (Medina y Narbona, 1993; Medina, 1997).

9.1.6 ES NECESARIO IR, PERO NO YO.

En general, la atención domiciliaria es considerada un servicio propio del sistema de Atención Primaria, recayendo en los equipos de salud su realización. Una gran parte del colectivo entrevistado considera que la atención domiciliaria forma parte de sus funciones y aunque reconocen dificultades para su desarrollo, como la presión asistencial, no estaría dispuesto a renunciar a esta práctica. Sin embargo, también aparece de forma minoritaria en los discursos otras perspectivas a favor de establecer dos perfiles de profesionales en Atención Primaria: aquellos que están en el centro de salud y aquellos que intervienen en el domicilio y otras actividades comunitarias. Los relatos que refieren esta opción apuntan la ventaja de un sistema organizativo así entendido, considerando que facilita el desarrollo de las actividades para ambos grupos profesionales, los ubicados en el centro de salud y los ubicados en la atención domiciliaria.

De esta forma, los discursos evidencian el posicionamiento de profesionales del contexto de Atención Primaria de Mallorca que estarían dispuestos a renunciar a la intervención domiciliaria que actualmente realizan. La profundización de este aspecto saca a la luz que la actividad domiciliaria es considerada en algunos discursos como una actividad añadida en sus funciones, poco específica en su realización, y que podría ser realizada por otros grupos de profesionales, apuntando en algún caso una posible coordinación o supervisión desde el centro de salud. Desde estas perspectivas, la atención domiciliaria es vivenciada como una intervención que consume tiempo, genera estrés e incrementa la sobrecarga de trabajo en el centro de salud.

La literatura recoge que la aplicación en la práctica del modelo de Atención Primaria requiere la disponibilidad de recursos que acompañen la organización de los servicio, además de una apuesta política decidida hacia este modelo (OMS, 1978; Starfield, 2001; Martín, 2003; Macinko, Starfield y Shi, 2003; OPS, 2007; Macinko et al 2007). De esta manera, una limitación en estos aspectos, puede

poner en riesgo la efectividad y justicia a las demandas en salud, y además de desmotivar a los equipos profesionales que constituyen el pilar de este modelo. En el caso español, en general la literatura recoge que la atención domiciliaria se ha ido desarrollado sin atender a la creciente demanda en este ámbito, lo que ha llegado a causar un cierto rechazo de parte de los profesionales de este tipo de atención. Para algunos autores (De la Revilla y cols, 2003) ello ha de encaminar a la incorporación de más recursos económicos, materiales y de personal que permitan posición potenciar el escenario tradicional de la atención domiciliaria, evitando crear otros niveles asistenciales. Acorde con esta postura se ubican la mayoría de las personas entrevistadas, considerando necesario modificar el contexto actual de la Atención Primaria en Mallorca que lleva a una parte del colectivo profesional a limitar o evitar sus salidas domiciliarias.

Varios aspectos han sido señalados como facilitadores del desarrollo de la Atención Primaria domiciliaria, apuntando acciones a emprender desde el sector sanitario, como las condiciones del desplazamiento, el trabajo en equipo, la comunicación entre Atención Primaria, Especializada y el ESAD, la información a la población o la formación del colectivo profesional. Pero apuntan también a cuestiones como las condiciones de vida de las familias, la inseguridad ciudadana, la disponibilidad de transporte público, de apoyo informal o formal y otros recursos sociosanitarios. De esta forma, se ilumina el hecho de que los determinantes de la salud son factores que no sólo tienen repercusiones en la salud de las personas sino que también tiene efectos en los profesionales, llegando a condicionar su perspectiva de la atención domiciliaria. En este sentido, para Sibbald et al (2006), el entorno de trabajo del colectivo profesional de Atención Primaria es un entorno complejo, donde la adaptación nuevos roles y demandas puede encontrar reticencias, pero en general también se reconoce que no siempre el colectivo de Atención Primaria ha tenido el reconocimiento que reclaman en sus discursos (Martín, Sans y Ledesma, 2000).

La intervención domiciliaria es descrita de forma diferente a la intervención en el centro de salud. Los elementos de esta diversidad se centran según los discursos en los aspectos interpersonales o en relación con el espacio de la intervención. Señalan en este sentido, que no se requiere una formación disciplinar específica para intervenir en el entorno domiciliario, sino una capacidad de adaptación de los aprendizajes adquiridos a un entorno diferente. Emerge de algunos discursos la perspectiva de que esta capacidad de adaptación es parte del perfil comunitario del profesional de Atención Primaria, lo que permite la evaluación de las necesidades de la persona en sus variados contextos. Esta consideración apunta a una puesta en práctica en el entorno domiciliario de competencias de tipo transversal que permitan el desarrollo de la creatividad, la adaptación a entornos nuevos o a comunicarse con otros profesionales o con personas no expertas en las disciplinas sociales o sanitarias (Ven y Vyt, 2007).

Sin embargo, otros discursos reflejan la consideración del entorno domiciliario como un espacio especial que requiere competencias disciplinares específicas. Bajo este argumento, apuntan algunos discursos que la atención domiciliaria ha de ser realizada desde Atención Primaria pero mediante equipos de profesionales con dedicación exclusiva para esta actividad. Apuntan de esta forma a la posibilidad de establecer dos perfiles profesionales diferentes determinados no por cuestiones organizativas sino por la especificidad que atribuyen a cada uno de los ámbitos.

La necesidad expresada de disponer de profesionales especializados en el segmento domiciliario, se argumenta en algunos discursos en clave de un mayor beneficio para la persona que ha de recibir este servicio, que tendrá diferentes profesionales especializados en intervenciones domiciliarias. Desde esta perspectiva minoritaria, la atención domiciliaria es considerada como una intervención específica que ha de ser desarrollada por profesionales especialistas. Ello lleva a algunas personas a valorar de forma especial las actividades que realiza el ESAD de apoyo a la atención domiciliaria, mientras que en otros discursos, la existencia de estos equipos es considerada como una muestra de los

insuficientes recursos humanos en los equipos de los centros. Apuntan de esta forma que sus actividades podrían ser realizadas por los equipos de Atención Primaria si se dispusiera de recursos suficientes, lo que cuestiona la especificidad de sus acciones que recoge normativa de creación de estos equipos (INSALUD, 1999).

La atención domiciliaria realizada por profesionales que no intervienen en los centros de salud se encuentra en otros países, donde algunos sistemas nacionales de salud se han basado en las prácticas profesionales interdependientes estableciendo redes entre los diferentes agentes e instituciones que intervienen (Artundo 2005; Ollonqvist et al, 2007). En cuanto a la fisioterapia algunos autores diferencian entre la atención comunitaria y la atención domiciliaria especializada, reclamando las intervenciones directas para el segundo nivel de atención (Hale, 2004). Sin embargo las diferencias en la atención domiciliaria entre los países no sólo se ubican en el perfil de profesionales que intervienen, sino también en el proveedor al que pertenecen, los servicios que éste comprende y el mecanismo de financiación (Hutten y Kerkstra, 1996).

En el caso español, la reforma de la Atención Primaria iniciada en 1984 apuesta por una organización que la atención domiciliaria es parte del rol del colectivo profesional de este nivel de atención. Las prácticas independientes del centro de salud responden por tanto a sistemas de salud con tradiciones y organización diferentes al modelo de Atención Primaria de nuestro país, en algunos casos más cercanos a la perspectiva de la atención especializada y en otros con un nivel de descentralización que ubican esta atención a nivel municipal. Sin embargo, en nuestro país la descentralización del sistema sanitario favoreció el desarrollo de distintas iniciativas en la provisión de servicios, ubicándose algunas estrategias de fisioterapia en un lugar intermedios entre la Atención Primaria y la especializada.

Algunos autores consideran que la intervención domiciliaria como una atención de tipo específico utilizando esta perspectiva y la comparación con otros modelos sanitarios para justificar el desarrollo de la fisioterapia integrada equipos multiprofesionales de rehabilitación a domicilio (Montagut et al, 2005). En algunas comunidades coexisten los dos modelos de atención domiciliaria (desarrollada por fisioterapeutas del centro de salud y por equipos móviles específicos), elaborando protocolos de comunicación específicos (SAS, 2003; SAS, 2005; SAS, 2006). Sin embargo, las estrategias organizativas centradas en los equipos móviles (SAS, 2005) aunque se hallen ubicadas en el modelo de Atención Primaria, apuntan a un abordaje vertical más que horizontal. La fisioterapia, a diferencia de otras disciplinas de Atención Primaria aparece fragmentada en dos tipos de intervención: en el centro de salud y en el ámbito domiciliario. Aunque para algunos autores, este sistema es más ágil que otros, la literatura refleja que la Atención Primaria domiciliaria entendida como un abordaje puntual y especializado puede poner en riesgo las estrategias longitudinales que permitan al profesional contextualizar la situación de salud de la persona ubicada en el domicilio, sus apoyos y sus recursos (Véras, 2004).

La negativa de gran parte del colectivo entrevistado a renunciar a la atención domiciliaria es manifestado en referencia al valor otorgado al carácter integrado y longitudinal de esta intervención, pero también la consideración de ésta como un elemento integrado en su perfil como profesional comunitario. De esta forma, algunos discursos sacan a la luz la consideración de que tras el posicionamiento de profesionales hacia la separación de la atención domiciliaria de la atención en el centro una la falta de implicación de éstos con el modelo, un interés en evitar los inconvenientes de la atención domiciliaria. Sin embargo, para la mayoría del colectivo entrevistado, los posicionamientos segregacionistas surgen en respuesta a las deficientes condiciones en que se realiza la atención domiciliaria y también la presión asistencial en el centro, iluminando cuestiones en relación con la sobrecarga profesional como telón de fondo.

9.1.7. PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ¿ESPECIALISTAS O GENERALISTAS?

Como se ha comentado previamente, gran parte del colectivo entrevistado coincide en señalar la atención domiciliaria como parte inseparable del nivel de Atención Primaria, aunque difieren algunas personas sobre el perfil del profesional que ha de realizar las intervenciones. Ello pone de manifiesto, dos maneras diferentes de entender el modelo profesional que representa la Atención Primaria. Para la mayoría, pertenecer a este sistema de atención lleva consigo un enfoque generalista centrado en las necesidades de las personas de forma integral, potenciando la educación para la salud y la prevención, el trabajo en equipo, haciendo seguimientos longitudinales y continuados en los diferentes entornos donde se ubica la persona. Esta característica es apuntada como esencial para todos los profesionales del equipo que interviene en el centro de salud, incluyéndola también en la atención domiciliaria. De esta manera, gran parte de los discursos manifiesta también la necesidad de un perfil generalista para el colectivo de profesionales fisioterapeutas en Atención Primaria, quienes ubicados en los equipos de apoyo son todavía en algunos casos percibidos como especialistas. Emerge así una consideración que también aparece en la normativa que regula las funciones del colectivo de fisioterapeutas en la Atención Primaria, donde a tenor las funciones a desarrollar incorporan las características de este perfil, a diferencia del perfil requerido en la atención especializada (INSALUD, 1991; Gallego y Francisco, 1995; Fernández et al, 1997).

En la actualidad, el colectivo de medicina de familia es considerado especialista, pues en España existe la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Otros colectivos profesionales, aunque pueden desarrollar formación especializada todavía no tienen la consideración de especialistas por el sistema de salud. Cabe resaltar sin embargo, que la denominación de especialista suele aplicarse a los profesionales desempeñan su labor en la atención especializada, con un enfoque más analítico que sistémico. Sin embargo, ello no significa que tengan un dominio

mayor en su campo del que tienen los profesionales de Atención Primaria en el suyo. Para algunos autores (Gómez y Ceitlin, 2003) es necesario valorar más el perfil generalista de los profesionales de Atención Primaria, pues ello implica desarrollar la compleja tarea de los seguimientos longitudinales, abordajes integrales, orientación familiar, promoción y prevención, o educación para la salud, entre otros.

La necesidad de un perfil generalista en la Atención Primaria ha sido ampliamente señalado en la literatura, considerándose además uno de los pilares de la Atención Primaria (Martín, 2003). Para Grumbach (2003) la virtud de lo general no se define en virtud de la comparación con lo especializado sobre la base de la atención a la enfermedad, sino que la calidad de la atención en el nivel primario implica una complejidad que supera la suma de mediciones específicas centradas en el proceso patológico. Para el autor no se cuestiona por tanto, que bajo la lente de una medida individual basada en la enfermedad, el colectivo de profesioanles de la atención especializada deban obtener mejores resultados en la intervención particular en el órgano o sistema del que son especialistas. Sin embargo, la medición de los resultados y los éxitos de la intervención de los equipos de Atención Primaria ha de tener otros criterios e indicadores, relacionados con la perspectiva multidimensional de la salud. De la misma manera, la valoración programas que en este nivel se desarrollan han de contar con una perspectiva sistémica que permita identificar las diferentes variables que influyen en los resultados de éstos (Benítez, 2003).

El modelo de Atención Primaria requiere para su desarrollo la participación de profesionales de diferentes disciplinas. En nuestro país, además del núcleo básico también participan otros profesionales aunque se hallan ubicados en un plano de apoyo. Parece que la tendencia apunta sin embargo a una consideración generalista para todos los profesionales que participan en Atención Primaria, más allá del reconocimiento por el sistema de salud como especialistas. En este sentido, para Martín (2003), la división entre profesionales especialistas en

pediatría y medicina de familia marca una diferente orientación en el modo de intervención según el grupo de edad, por lo que el autor sugiere un necesario desarrollo por parte de los primeros en los elementos conceptuales, organizativos y técnicos propios de la Atención Primaria. En relación a los discursos del colectivo entrevistado, éstos sacan a la luz la percepción de una distancia entre lo que es y lo que debería ser la fisioterapia en Atención Primaria, relacionando con la presión asistencial el principal motivo para el deficiente desarrollo generalista en Atención Primaria que la normativa contempla (INSALUD, 2001).

9.1.7.1 FISIOTERAPEUTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: CENTRANDO EL ENFOQUE EN LA FAMILIA

Emana de los discursos la percepción de que la unidad de fisioterapia en los centros de salud tiende a desarrollarse como un servicio especializado dentro del sistema de Atención Primaria. El funcionamiento aislado de las unidades en relación al centro de salud, la deficiente comunicación con otros miembros del equipo o la falta de conocimiento de este servicio saca a la luz en muchos discursos el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca desde una perspectiva vertical y no longitudinal. Paradójicamente sin embargo, la Atención Primaria domiciliaria requiere según los discursos una intervención distinta a la que realiza el colectivo de fisioterapeutas en el entorno especializado, más cerca de la comunidad, más cerca de las familias.

Aunque los discursos ponen de manifiesto la consideración del colectivo de fisioterapeutas como especialistas en el desarrollo de unos determinados procesos de diagnóstico y terapéutica, las características de la atención domiciliaria confiere a sus consideraciones las dimensiones propias del perfil generalista. A ellas se refieren señalando el desarrollo de valoraciones integrales, atención continuada, seguimientos longitudinales, incluyendo las perspectivas preventivas y de educación para la salud. Esta perspectiva que apunta el colectivo entrevistado coincide con la normativa que rige la fisioterapia en Atención Primaria

(INSALUD, 1991), así como las recientes recomendaciones que diferentes asociaciones científicas de la fisioterapia a nivel nacional e internacional a gestores, educadores y fisioterapeutas de Atención Primaria (AEF, 2007; CPA, 2005; CPTA/APA/CPA, 2006).

En cuanto a la fisioterapia en la atención domiciliaria, una parte mayoritaria de las personas entrevistadas considera que ésta práctica forma parte del perfil de fisioterapeuta de Atención Primaria, interviniendo allí donde la persona lo necesita y facilitando la accesibilidad a este servicio. Coinciden sus perspectivas con la literatura al señalar que la atención domiciliaria facilita un conocimiento más profundo de la población de referencia y los determinantes que afectan a su salud, pero también la comunicación, coordinación y asesoramiento interprofesional (Contel, Gené y Limón, 1999). La cercanía a las familias y a la comunidad aparece recogida en la literatura en referencia a la fisioterapia, apuntando que trabajar en Atención Primaria el primer paso es entender a la población y relacionar sus necesidades con las políticas de salud nacionales y locales, implicando tanto a las personas de la comunidad como a otros profesionales de la red sanitaria y social (CSP, 2006).

Sin embargo, tal y como se recoge en el apartado de revisión de la literatura, el lento proceso de integración de la fisioterapia en este modelo de atención ha favorecido el desarrollo de confusiones respecto a su papel, utilizando criterios de la atención especializada para su organización (Medina, 1997). A nivel internacional la literatura apunta además a otros factores, entre los que destacan la poca prioridad que las personas con discapacidad han tenido desde las instituciones sanitarias (WCPT, 2003). Para otros (Gilham, 1996; CSP, 2002), todavía existe la consideración errónea de la fisioterapia como un tipo de intervención centrada casi exclusivamente en aspectos curativos en relación con una patología concreta y en menor medida como una intervención enfocada a la mejora de la calidad de vida, lo cual podría haber incidido también en su limitado desarrollo comunitario y en otras áreas.

La referencia que a la actual organización de la fisioterapia en Atención Primaria en Mallorca hace el colectivo entrevistado no parece facilitar el desarrollo de un enfoque familiar en la atención de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria. Centrar la atención en las “patologías de primaria” dificulta el desarrollo de una perspectiva comunitaria que lleve a relacionar la presencia de alteraciones de salud con los entornos en que las personas viven, lo cual se considera relevante para la valoración e intervención de fisioterapia (Edwards et al, 2004).

Apuntan algunos discursos a la posibilidad de estimular el cambio de esta organización a través del desarrollo de la fisioterapia domiciliaria desde una perspectiva integral y enfocada a las familias. Mientras, para una minoría, separar la atención domiciliaria de la atención del centro evita establecer modificaciones en la particular organización de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca, así como el tipo de demandas derivadas a las unidades en los centros de salud.

9.2. ILUMINANDO EL ESCENARIO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Un mirada al escenario de la atención domiciliaria saca a la luz diversos aspectos conceptuales y organizativos que los discursos relacionan con un desarrollo particular de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca. Se ilumina así un escenario complejo en la atención domiciliaria donde diferentes agentes interactúan directa o indirectamente. Emana de sus discursos la consideración de que la intervención de otros colectivos profesionales en este entorno les afecta e implica, pues puede influir en la organización y en sus prácticas. En este sentido, algunos discursos priorizan la cuestión de coincidir en el domicilio como un mecanismo de conocimiento mutuo y de interacción contextualizada centrada en las necesidades de las personas en su entorno. Esta consideración aparecida en el colectivo entrevistado implica que la intervención de nuevos profesionales al ámbito domiciliario no ha de ser vista como una intervención que afecta

exclusivamente a las personas que originan la demanda, sino que repercutirá también en los otros agentes y sectores que intervienen en este contexto. Por ello, desarrollar la fisioterapia en la atención domiciliaria es valorada en general como una nueva intervención en la organización que obligaría a unos y a otros a adaptarse al nuevo contexto. La literatura recoge que el modelo de Atención Primaria responde a las características de los sistemas adaptativos complejos, permitiendo una mayor comprensión de los fenómenos que en este entorno se producen (Brown, 2006). Para el autor, la teoría de la complejidad o teoría compleja, pone de manifiesto que muchos problemas contemporáneos son consecuencia de contextos altamente interactivos y no pueden ser reducidos a causa efecto.

Una perspectiva lineal causa efecto en la consideración de la salud y enfermedad no parece el mejor marco para aplicar a muchos problemas de salud crónicos relacionados con determinantes sociales y estilos de vida. De esta forma, aunque los entornos complejos han sido tradicionalmente considerados aquellos entornos especializados y con un papel fundamental de la alta tecnología y equipamientos, parece que en el nivel primario de atención es donde las personas muestran necesidades multidimensionales que precisan formas de intervención que responden más fielmente al término complejo.

9.2.1 ES NECESARIO IR A ESTE DOMICILIO. NO ES NECESARIO IR A ESE.

En general, el colectivo entrevistado considera que la atención domiciliaria es un derecho de los ciudadanos y un deber del sistema sanitario para permitir la realización en la práctica de la continuidad en la asistencia. Esta perspectiva que aparece en la literatura (Contel, Gené y Limón, 1999), forma parte además de la filosofía de Atención Primaria (OMS, 1978) y de los sistemas de salud sustentados sobre pilares de la ética más que de la economía (Daniels, 2001).

Aunque para la gran mayoría de el colectivo entrevistado esta atención supone un derecho fundamental de la población, emerge de sus discursos que la provisión de este derecho debe limitarse en la medida de lo posible mediante protocolos u otras fórmulas que permitan restringir este tipo de atención mediante un criterio emitido por el profesional.

Desde la consideración de las necesidades de Bradshaw (1981) fue posible observar que con frecuencia la perspectiva de necesidad de salud que justifica la intervención domiciliaria se establece de forma normativa o comparativa y en menor medida atendiendo a una necesidad expresada o sentida. De esta forma, las necesidades son generalmente definidas por el profesional experto basándose en un criterio estándar o norma o al relacionarlas con otras realidades existentes, sacando a la luz que las necesidades expresadas o sentidas por la población no siempre son motivo de demanda de este servicio. El valor desigual de la perspectiva del profesional y la perspectiva de la persona y su familia pone de manifiesto que la organización de la atención domiciliaria está basada en criterios profesionales.

De esta forma los discursos hacen una distinción fundamental entre necesidades sentidas por la población y necesidades definidas por los colectivos profesionales, donde estas últimas son las decisivas a la hora de iniciar la atención domiciliaria. Ello coincide con la perspectiva de Pineault (1987) que apunta que la opinión del experto es la que se tiene en cuenta para determinar la necesidad. Esta priorización en la perspectiva del colectivo profesional para la delimitación de necesidad de atención en el domicilio está justificada según gran parte de los discursos por la situación de limitación de recursos, sobre todo humanos, en la Atención Primaria. Ello obliga al colectivo profesional a centrarse en su valoración personal más que en la perspectiva de la necesidad de una comunidad que con frecuencia se presenta como altamente demandante de este servicio. Para Martín (2003, p. 53) *“los criterios de inclusión y exclusión dependerán en muchos casos de la capacidad de los equipos para dar respuesta a las demandas del*

grupo de población atendida y estarán en relación con las prioridades de actuación decididas”, apuntando el autor la participación de los distintos miembros del equipo en el proceso.

Teniendo en cuenta que los hogares son las unidades sociales que mediatizan la relación entre los individuos y el sistema sanitario, la delimitación de la situación de necesidad tiene un fuerte componente social y es dinámica, varía de unos grupos a otros y evoluciona constantemente, integrando componentes de la medición de los equipos de salud con la autopercepción del estado de salud (Durán, 2004). La comunicación interpersonal incluye la apreciación de la experiencia de la persona con su enfermedad, lo cual permite ajustar el enfoque de atención centrado en la persona. El enfoque centrado en la persona por tanto explora las preocupaciones y necesidades de información de las personas, buscando entender a la persona como un todo con necesidades emocionales en relación a cuestiones de su vida, intentando encontrar junto con la persona cuáles son los problemas y pactar cómo deberían gestionarse.

La consideración de la necesidad de la fisioterapia en la atención domiciliaria aparecida en los discursos puede ser analizada desde las cuatro perspectivas de Stufflebeam (1984) del concepto de necesidad. En primer lugar, como una discrepancia entre lo que es y lo que debería ser; en segundo lugar, desde una perspectiva democrática, entendiendo que esta atención implica un cambio de estrategia en los servicios de salud deseado por la mayoría; en tercer lugar, la analítica, donde la dirección de mejora está en función del análisis de la información sociosanitaria; y por último la diagnóstica, que pone de relieve las carencias que producen las afectaciones de salud, la limitación en la autonomía de las personas y sus consecuencias en el ámbito familiar. Es a partir de la condición de necesidad percibida por los distintos miembros del equipo de salud que éstos determinan si una visita domiciliaria está o no justificada. Esta variabilidad lleva a los profesionales a definir en diversa medida las visitas justificadas (a las que el profesional tendría que ir) y las injustificadas (y que se podrían limitar). En el

caso de la fisioterapia, el colectivo entrevistado considera justificada su intervención sobre todo en situaciones donde la patología supone un compromiso para la funcionalidad de la persona, limitando su autonomía y ocasionándole una dependencia de otras personas. Aunque en general explican que esta intervención puede ser necesaria en un amplio abanico de situaciones, apuntan al papel de otros miembros del equipo de salud que ya actualmente realiza atención domiciliaria en la identificación de los casos donde es más prioritaria la atención de fisioterapia. De esta forma, aunque se reconoce el valor preventivo de esta atención en sus discursos, el control de la demanda de este servicio implica que la “verdadera necesidad” se encuentra cuando las personas no pueden desplazarse al centro. De forma particular, emana la consideración en algunos discursos de que si existe la posibilidad de desplazarse al centro no existe necesidad de fisioterapia en el ámbito domiciliario.

Una limitación para el papel de identificación de las necesidades de atención de fisioterapia en el domicilio por parte de otros miembros del equipo de salud fue evidenciado en la percepción de un alto grado de desconocimiento por parte profesionales no fisioterapeutas sobre las características de la intervención de fisioterapia. Podría haber casos según los relatos en que los profesionales infravaloran las posibilidades de intervención de fisioterapia y otros en que la consideran sobrevaloran sus influencia. Finalmente otros entrevistados, que especifican no tener experiencia previa en la intervención domiciliaria y poco contacto con los miembros del equipo que la realizan, manifiestan tener más dificultades para identificar las situaciones en que esta intervención ha de realizarse. Todo ello saca a la luz la relevancia de la comunicación interprofesional y el conocimiento mutuo dentro del equipo de salud en los sistemas que organizan la atención domiciliaria en función de la percepción de la necesidad de tipo normativo o comparativo. Pero también la importancia de un trabajo en equipo y una perspectiva sociosanitaria para ajustar los servicios a las necesidades, estimulando la participación de la comunidad en la organización de servicios.

9.2.1.1 ¿LA DEMANDA O LA NECESIDAD?:

El análisis de la equidad en la utilización de servicios tiene como fundamento central el concepto de necesidad, y por ello, de acuerdo con los principios de equidad distributiva, los servicios ofrecidos deberían coincidir con la necesidad (Gómez, 2002). A diferencia de la necesidad, la demanda supone una solicitud de intervención expresada a nivel individual o de un colectivo, aunque el equipo de salud puede intervenir también si identifica que la necesidad pueda existir aún sin ser expresada por la persona o su familia. No aparece sin embargo en los discursos una unanimidad en cuanto a los motivos que pueden justificar la visita profesional a una persona ubicada en el domicilio. Para algunas personas del colectivo entrevistado el nivel de priorización que los profesionales otorgan a la atención en el domicilio o el análisis parcial en la identificación de las necesidades que justifican su intervención en el domicilio, puede derivar en un acceso a los servicios de salud desigual para la población. Esta variabilidad la apuntan Contel Gené y Limón (1999) en relación a la poca especificidad en la cartera de servicios respecto a la atención domiciliaria, lo cual lleva consigo que la organización interna del equipo puede favorecer o limitar la realización de la atención domiciliaria. Para los autores, aunque la continuidad en la atención domiciliaria y la realización por los mismos equipos favorece una responsabilización con este tipo de atención, factores como la presión asistencial en las consultas, puede llevar a organizar la atención domiciliaria en función de la demanda existente en el centro y no en función de las necesidades de las personas ubicadas en el domicilio (Martín, 2003).

De los discursos deriva que además de las cuestiones organizacionales y la presión asistencial, los miembros de los equipos pueden percibir la necesidad de atención domiciliaria de diferente manera. Este hecho ha sido recogido en la literatura, apuntando diferentes percepciones de la atención domiciliaria por parte de profesionales de Atención Primaria (Prieto, et al 2001; Sancho et al 2002). Aplicando la consideración de Le Boterf (1991) de que las necesidades no

existen en sí mismas, sino que constituyen diferencias que hay que identificar y analizar en relación a situaciones concretas, el diverso análisis de la situación de la persona en su domicilio por diferentes profesionales puede revelar diferencias injustas en la provisión de este servicio. Los discursos sacan a la luz la percepción de que la existencia de diferentes instrumentos de valoración para las necesidades de las personas o la deficiente colaboración entre el sector sanitario y social puede provocar que sean identificadas necesidades de salud de forma parcial pero no desde una perspectiva holística. De esta forma, apuntan algunos discursos a la necesidad de incorporar la perspectiva de la persona y su familia en los criterios de provisión de servicios sociosanitarios (Colom et al, 1989), pues en palabras de Elizalde, (2000, p. 51) *“la necesidad siempre se vivencia en un plano absolutamente personal”*.

En Atención Primaria la necesidad de intervención en el domicilio no viene determinada por una patología concreta o un grupo de edad, sino que la indicación está determinada por la necesidad o necesidades que plantea la persona en su entorno (López, 1994; Martín, 2003). Sin embargo, aparece en algunos discursos la consideración de que la presencia de profesionales en el domicilio no es necesaria en los casos en que la persona pueda desplazarse o ser desplazada sin riesgo para su salud al centro de salud, limitando bajo esta perspectiva la intervención en pediatría o en intervenciones preventivas.

Inciden algunos discursos en la percepción de que la visita domiciliaria ha de estar basada en una alteración de salud objetivable que justifique el desplazamiento profesional. Para otros, las personas en situación de riesgo de aislamiento necesitan una intervención domiciliaria por parte de miembros del equipo que permita un acompañamiento y escucha terapéutica. Otros relatos apuntan a la realización de visitas domiciliarias aún considerándolas no necesarias, ante la insistencia en la demanda o temor a repercusiones profesionales si no atienden a la persona que lo solicita.

Todo ello saca a la luz la diferente percepción de las visitas justificadas y no justificadas, subyaciendo en sus criterios de decisión la particular percepción de cada profesional en la consideración de necesidades en salud y su papel para intervenir en ellas. Esta variabilidad en la percepción de la necesidad puede derivar en un distinto nivel de asistencia para la población dependiendo de factores como el equipo de salud referencia, lo cual podría suponer un riesgo a la equidad del sistema de salud al no dar igual acceso a la atención disponible a una igual necesidad (Whitehead, 1990). La diversidad en el acceso al servicio de atención domiciliaria es por tanto impuesta y no es fruto pues de una elección personal de las personas ubicadas en su domicilio, por lo que estas desigualdades pueden esconder una situación de inequidad en salud (Evans, 2001). Los discursos del colectivo entrevistado apuntan además la cuestión del distinto grado de descentralización para el sistema sanitario y el social, apuntando en este último caso como una descentralización a nivel municipal sin unos servicios comunes para todo el territorio puede agravar la posible inequidad que el sistema sanitario pueda provocar.

9.2.2 ¿EN TU CASA O EN LA MÍA?

El domicilio emerge en los discursos como un nuevo espacio que permite al equipo de salud la realización de valoraciones más integrales y una intervención más cercana, detectando mejor los recursos de apoyo y las necesidades no expresadas. Desde otras perspectivas minoritarias el espacio domiciliario representa únicamente el lugar donde se ubica la persona que ha de requerir la intervención, centrando pues sus discursos en la intervención puntual con la persona que origina la demanda. Aunque el domicilio puede representar un entorno limitante para el desarrollo de determinadas intervenciones, para la mayoría del colectivo entrevistado este hecho les obliga a ser creativos y desarrollar estrategias que han de adaptarse a las condiciones en las que esa persona vive y al entorno que le rodea, contextualizando las intervenciones.

Para otros sin embargo, las limitaciones del entorno domiciliario son prueba de que la intervención en salud tiene más calidad en el centro de salud, donde pueden disponer de más recursos técnicos y humanos, difíciles de trasladar al domicilio.

La literatura recoge que en el espacio domiciliario los profesionales de fisioterapia reciben, de forma inevitable y casi sin esfuerzo, una información sobre la vida de las personas allí ubicadas (Thornquist, 1997). Así, la visita domiciliaria es en sí misma una fuente de información rica y detallada, mientras que ésta sólo en ocasiones es obtenida en el centro de salud. Sin embargo, el hecho de que esta información esté disponible en el entorno no significa que el profesional vaya a hacer uso de ella, pues dependerá de la orientación del profesional hacia este tipo de intervención. Es decir, incluso en el ámbito domiciliario, el colectivo de profesionales de salud y las personas a quienes atienden pueden crear un entorno artificial. Para la autora, la educación tiene mucho que ver en la interpretación del espacio domiciliario y el comportamiento de los distintos profesionales en él.

La perspectiva más tradicional de la educación de profesionales de la salud está especialmente centrada en el método de intervención y en la resolución o cuidado de la patología que afecta a la persona. Esta perspectiva proporciona al alumnado no sólo habilidades para la atención sino también seguridad, encaminando a éstos a una formación especializada que les permita sentir que son capaces de gestionar cualquier situación relacionada con su ámbito de especialización, convirtiendo sus prácticas en parte de su identidad profesional y llevándolas consigo allá donde la intervención se realice, independientemente de si son las más adecuadas para el contexto. El domicilio es señalado como el “el terreno del otro”, donde pueden experimentar inseguridad, temor o pérdida de control de la situación, aunque apuntan que una experiencia amplia en este tipo de intervención permite superar estas sensaciones de discomfort.

Algunos discursos sin embargo atribuyen al centro de salud y al espacio de la consulta las características que tradicionalmente se le otorgan al domicilio, como un espacio propio del profesional. Para Thornquist (2001) las instituciones de salud están diseñadas y organizadas para la atención sanitaria, donde los colectivos profesionales son un prerrequisito para su puesta en práctica. Sin embargo, los domicilios donde viven las personas representan un espacio donde los profesionales son extraños. De esta forma también el colectivo entrevistado señalan la influencia del entorno, la cual es percibida en algunos discursos como una pérdida de poder, una intromisión en el espacio ajeno o una inseguridad al no disponer de los recursos humanos y materiales del centro de salud.

Percibe el colectivo una pérdida de estatus recogida en otros trabajos donde el domicilio cambia los roles de huéspedes e invitados (Thornquist, 2001). Mientras que la presencia de profesionales de salud es común en todas las instituciones sanitarias, en los domicilios de las personas ellos son extraños. Sin embargo también recoge la autora, que el profesional tiende a marcar las reglas dentro del domicilio para retomar el control de la situación, involucrando o limitando la intervención de las personas en el domicilio. Este hecho se recoge también en las entrevistas, donde la familia aparece retratada en algunas ocasiones como un elemento disruptivo en el desarrollo de la intervención domiciliaria, mientras que en otras se considera que su papel facilita la intervención del colectivo profesional.

La literatura recoge la consideración de la fisioterapia en el domicilio como una intervención individualizada, si cabe más cercana de la que se produce en el centro de salud, en mayores condiciones de intimidad y más adaptada a las necesidades de la persona en su entorno (García y Montagut, 1999). La posibilidad de la contextualización de la educación de salud; el alcance de familiares y profesionales que, de otra manera, no podrían haber sido incorporados en el asesoramiento fisioterapéutico; y la supresión de los riesgos que supondrían al transporte de la persona, son también señalados. Algunos de los

elementos citados en la literatura (López, 1994), coinciden con la perspectiva del colectivo profesional entrevistado, sobre todo en cuanto a consideración del domicilio como un espacio más informal y natural que la institución sanitaria. Este espacio le permite una mayor cercanía con el profesional, más confortable, más seguro y con mayores posibilidades para expresarse libremente por considerarlo un espacio más privado.

Por otra parte, los discursos muestran una percepción del colectivo entrevistado de que la población acepta la participación de profesionales sociosanitarios en su espacio domiciliario. Las ventajas que otorgan a la fisioterapia es reflejada en la forma en que el colectivo señala que un servicio de fisioterapia en la atención domiciliaria sería muy demandado por la población. Sin embargo algunos estudios de fisioterapia que se centran en la perspectiva de las personas ubicadas en el domicilio y el significado que para ellas tiene esta intervención en su entorno, muestran diversas perspectivas de la población hacia este servicio (Hale et al, 2003).

En general, también la fisioterapia domiciliaria es vista como una oportunidad para recibir de forma cercana un consejo y asesoramiento que mitiga la inseguridad que produce convivir con un trastorno de salud, sobre todo cuando las personas desconocen las características y efectos de las intervenciones. Sin embargo, también se recoge en la literatura que algunas personas prefieren ser tratadas en la institución sanitaria (Stephenson y Wiles, 2000), tanto por facilitar este entorno una socialización como por el temor a no ser tratado con la misma calidad que se ofrece en un entorno formal. La cercanía del profesional parece restar valor a una intervención que puede gozar de más medios técnicos en la institución sanitaria, poniendo en cuestión la percepción del colectivo entrevistado sobre el nivel de demanda de este tipo de atención en el entorno domiciliario.

9.2.3 LA COORDINACIÓN COMO VOLUNTAD PERSONAL

El colectivo entrevistado coinciden en señalar que la intervención en el domicilio ha de ser interdisciplinar y por ello valoran especialmente la comunicación entre los diferentes miembros de los equipos de salud, valorando también el hecho de coincidir en el mismo domicilio. Para González y cols (1995) la persona que es candidata a la atención domiciliaria lo es generalmente para varios profesionales de salud y sociales, por lo que es importante que los distintos profesionales conozcan quiénes están interviniendo a fin de cubrir todas las áreas deficitarias, estableciendo un discurso de salud integrado y orientado en una misma dirección. En este sentido, aunque en general expresan que la comunicación y coordinación son aspectos clave del modelo de Atención Primaria, la mayoría reconoce que su realización en la práctica no siempre es posible.

La comunicación emerge en los discursos como una actividad que depende de la voluntad personal de los distintos miembros del equipo de salud para ello. Fundamentar las acciones en la voluntad implica considerar que la persona tiene la facultad de dirigir y ordenar la propia conducta hacia el establecimiento de una comunicación. Esta voluntad, definida por el diccionario de la Real Academia Española como la “intención, ánimo o resolución de hacer algo” centra en características personales la comunicación y posterior coordinación entre profesionales que de ésta pueda derivar. Reconocer que se trata de una cuestión personal no impide al colectivo entrevistado citar algunos elementos que dificultan la comunicación. Citan aspectos estructurales como el espacio físico y la ubicación de miembros del equipo de salud en él, la disponibilidad tiempo o las inercias desarrolladas en los centros de salud donde el profesional tiende a realizar sus actividades de forma individual. Para algunos, estas inercias se deben a cuestiones relacionadas con el desconocimiento de las actividades realizadas por otros grupos profesionales, especialmente con aquellos que pertenecen a unidades de apoyo y con los que tradicionalmente el contacto es menor. En cualquier caso, la comunicación suele referirse en los discursos a aspectos como la derivación o

poner sobre aviso a algún profesional del ámbito social o sanitario sobre la necesidad de su participación en el domicilio, pero en pocas ocasiones esa comunicación genera un trabajo conjunto posterior.

Mientras que el colectivo entrevistado lleva al terreno personal la comunicación y la organización de un trabajo coordinado, la literatura apunta que las dificultades de comunicación y coordinación planteadas por el colectivo entrevistado podrían tener sus raíces en el propio proceso de reforma de la Atención Primaria en nuestro país. Para Martín, Ledesma y Sans (2000) la integración de los equipos en este modelo de atención, su número y distribución no siempre han respondido a las necesidades de la población, especialmente en referencia a profesionales de los equipos de apoyo. La falta de definición clara de los roles profesionales desde un inicio ha arrastrado una situación que todavía hoy hace difícil la constitución de verdaderos equipos que comparten objetivos y que sean capaces de colaborar por iniciativa propia y con compromiso con los resultados obtenidos. Desde esta perspectiva se plantea la estrategia de diseñar equipos más reducidos, priorizando el funcionamiento coordinado de sus integrantes. A la luz de la literatura, el tamaño de los grupos no sólo puede influir en el nivel de comunicación entre sus integrantes, sino que comparaciones a nivel europeo (Wensing, 2002) muestran además que la satisfacción de la población está relacionada con equipos pequeños, próximos al ciudadano y que permitan una atención continuada.

La actuación coordinada de los diferentes profesionales dentro del equipo interdisciplinar, independientemente del ámbito donde se ubica el desarrollo de sus actividades, precisa según los discursos, canales de comunicación efectivos. La actuación conjunta entre profesionales es considerada en la literatura (Martín, 2003, p. 54) como algo más que *“la mera yuxtaposición de tareas que deba desarrollar cada uno de ellos”*, pues ha de compaginar la asignación diferenciada a cada profesional con elementos compartidos y de coordinación constante de actividades. La división funcional del trabajo así entendida, parece estar en riesgo bajo la perspectiva de algunas personas entrevistadas, pues las visitas

domiciliarias son relatadas como actividades profesionales independientes y no siempre los otros miembros del equipo disponen de información actualizada del estado de salud de la persona visitada. En relación con este tema, Richardson y Asthana (2006) a partir de una revisión de la literatura sobre la comunicación entre servicios sanitarios y sociales, apuntan a factores como la cultura profesional como elementos que influyen en la cantidad y calidad de la información compartida entre los profesionales. Esta dificultad en la interrelación, según las autoras, no parece ser un aspecto relativo exclusivamente a profesionales de distintos grupos o disciplinas, apuntando también a cuestiones de ética y cultura profesional en los distintos entornos.

Los cambios sociodemográficos, acompañado de un incremento en el número de personas afectadas de problemas de salud crónicos ha llevado a los diferentes países a reforzar la atención comunitaria y la coordinación interprofesional. En este sentido, parece que las experiencias europeas muestran que la formación y la tecnología han reducido de forma importante las barreras estructurales a la coordinación (Rico y Saltman, 2004), aspecto considerado de vital importancia también por los gestores para la contención de costes y el ajuste financiero.

El documento de la Organización Panamericana de la Salud (2007) sobre la Atención Primaria de Salud apunta en este sentido a aspectos formativos como una necesaria capacitación del profesional para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud. Considera de esta manera el valor de la formación como estrategia de las políticas de recursos humanos que lleve al fortalecimiento de capacidades para el desarrollo del trabajo en equipo de los trabajadores de salud. De esta forma, la realización en la práctica cotidiana de la comunicación y la coordinación interprofesional que a nivel conceptual consideran las personas entrevistadas tan importante, podría ser reflejo también de una tradición en la formación de grado y postgrado de estos profesionales.

Aunque ya en los primeros momentos de la reforma de la Atención Primaria en España se identificó la ausencia de una preparación formativa y técnica adecuada para el trabajo en equipo como uno de los elementos que dificultaban la puesta en práctica de la interdisciplinariedad (Martín, 2003), todavía hoy la formación de los profesionales de salud está fundamentalmente dirigida a la adquisición de competencias disciplinares. El contexto universitario español establece una trayectoria educativa de forma independiente para los distintos profesionales de salud y sociales, pero posteriormente exige en el contexto sanitario un acercamiento interdisciplinar que permita dirigir las intervenciones a la persona y su entorno. La importancia que en los discursos se otorga a la coordinación entre los profesionales que intervienen en el entorno domiciliario aparece también en las referencias al desarrollo de la fisioterapia domiciliaria.

Gran parte de los discursos referentes a la intervención de profesionales de la fisioterapia en el domicilio tienen como eje central el deseo de superación de la coordinación establecida en función de la voluntad de las personas a una coordinación como parte del desarrollo del trabajo y compromiso en Atención Primaria. La relación establecida entre el desempeño de la comunicación y el enfoque interdisciplinar con las experiencias formativas previas ha llevado a incluir competencias como la habilidad para comunicarse con personas expertas y no expertas en el ámbito o habilidades interpersonales como competencias formativas de carácter general en los informes sobre la futura formación del colectivo de fisioterapeutas (ANECA, 2004, Ven y Vyt, 2007). Otras experiencias consideran que la necesaria ruptura este círculo vicioso de las prácticas independientes en modelos y servicios sanitarios de salud, requieren la integración de esta interdisciplinariedad en sus procesos formativos, no sólo en situaciones de aula sino también durante el prácticum (Salmaso et al, 2007).

9.2.4 PROFESIONALES DE APOYO ¿ A QUIÉN, A QUÉ?

La organización de la Atención Primaria en nuestro país diferencia entre profesionales del núcleo básico y profesionales de apoyo dentro de los equipos de salud, aunque los discursos que describen la actividades de los equipos de apoyo parecen cuestionar su pertenencia papel en los denominados elementos de apoyo especializado al sistema al equipo básico (Martín, 2003). Con frecuencia las actividades relatadas en cuanto a estos equipos ponen en cuestión la consideración de prácticas de apoyo coordinado en relación a la intervención de otros grupos profesionales. Las necesidades de la población ubicada en el domicilio señalada por el colectivo entrevistado rompe las barreras que clasifican a profesionales de uno u otro grupo, pues los discursos apuntan a la consideración de que todos y cada uno de los miembros del equipo son fundamentales, cuestionando el reducido número de profesionales en equipos de apoyo cuando las necesidades de la población requiere una mayor presencia de éstos en el domicilio.

El reducido número de profesionales o el aislamiento de las unidades de apoyo incluso en el centro de referencia, provoca según algunos discursos la consideración de estas unidades como apoyo al ámbito especializado o a los servicios sociales más que una contribución al trabajo en equipo del centro de salud o en la comunidad. Esta consideración está recogida también en la literatura, apunta cómo los profesionales considerados de referencia especializada y que no están ubicado en todos los centros, pueden ver limitada su dimensión comunitaria (Foz, Gofín y Muntaner, 2003). En cuanto a la fisioterapia, la literatura cuestiona que la implantación de la fisioterapia en la Atención Primaria haya supuesto su integración en este modelo de atención (Medina, 1997), considerando que todavía es necesario un esfuerzo también por parte de las propias unidades por dar a conocer su papel y desarrollar un papel activo en la gestión (Sanz, 2004; AEF, 2007).

En cualquier caso, es generalizada la percepción del colectivo entrevistado de que el diseño de las actividades de fisioterapia en el contexto estudiado no responde a las necesidades existentes, tal y como propone la normativa que regula la fisioterapia en Atención Primaria (INSALUD, 1991)

La relación entre los profesionales del centro de salud y los equipos de apoyo a la atención domiciliaria (ESAD) es señalada en los discursos como especialmente importante pues estos equipos externos pasan a ocupar una parte del espacio domiciliario. Se evidencia en los discursos las tensiones entre ambos grupos en cuanto a la responsabilidad de la atención domiciliaria, poniendo en cuestión la aplicación de la normativa que rige estos equipos de apoyo (INSALUD, 1999). Esta regulación apunta que el funcionamiento de estos equipos supone un apoyo que precisa de una estrecha coordinación con los equipos de salud de los centros, pero ésta se ve dificultada con colectivos de apoyo que no están integrados funcional y orgánicamente también en el centro de salud. Esta percepción lleva una parte de las personas entrevistadas a rechazar un desarrollo de la fisioterapia domiciliaria como equipos que intervienen exclusivamente en el domicilio, no contemplando la presencia y participación de los mismos en el centro de salud.

Bajo esta perspectiva, estos discursos apuntan a un rol del colectivo de fisioterapeutas que comparta el enfoque familiar y comunitario que tradicionalmente la literatura otorga a los profesionales de enfermería, trabajo social y medicina de familia (De la Revilla et al 2003, Benítez, 1999; March, 2004), participando en el enfoque interdisciplinar que la atención domiciliaria requiere y la regulación de actividades de fisioterapia contempla (INSALUD, 1991; Medina, 1992; Gallego y Francisco, 1995; Torres, 1997)

9.2.5 ENTRE LO SANITARIO Y LO SOCIAL: ¿DÓNDE SE UBICAN LAS PERSONAS?

En cuanto a la intervención domiciliaria emerge en los discursos el valor que se otorga a la intersectorialidad sobre todo entre el sector salud y el social, pero también con otros sectores. Sin embargo, uno de los elementos que desató más emotividad en los discursos fue la consideración de que las personas, especialmente las más vulnerables y dependientes, pueden quedarse ubicadas en tierra de nadie entre las fronteras del sector salud y el sector social. La relación entre el ámbito sanitario y social se revela como estrechamente anclada en estructuras burocratizadas donde la cooperación es percibida como una tarea que ha de implicar más a las administraciones. Profesionales del ámbito social y de salud consideran que ambos aspectos son indispensables en la intervención domiciliaria, pero reconocen que diferencias como el tipo de institución, los sistemas de registro y seguimiento, o el desigual nivel de descentralización pueden dificultar el desarrollo de la intersectorialidad.

Para Thornquist (1998), la falta de colaboración entre los sectores apunta a la necesidad de incorporar realmente el enfoque biopsicosocial a la gestión de los recursos sociales y sanitarios, y a la superación definitiva del modelo biomédico que subyace. A pesar de que en las últimas décadas ha habido un proceso de desacreditación del enfoque biomédico en la organización de servicios y modelos de práctica, la autora señala que precisamente la crítica a este enfoque es la que más ha contribuido a mantenerlo presente. Apunta que la dicotomía cuerpo/mente, naturaleza/cultura o real/irreal ha sido tan recalcada por investigadores del ámbito antropológico y social, que en su intento de debilitar el enfoque biomédico convencional han contribuido a reforzarlo. Así, la orientación de los servicios sanitarios en la enfermedad y no en la persona de forma integral, divide a ésta en partes, según los profesionales y servicios que han de intervenir. Para otros autores sin embargo, es la propia conceptualización multidimensional y multisectorial de la salud la que conlleva una ambigüedad respecto a quién es

responsable de proveerla (Ferrer, 2003). Para el autor, esta ambigüedad acaba provocando que los servicios de atención a la salud acaben dirigiendo su atención a la población enferma, con menor influencia en los determinantes relacionados con la enfermedad.

En los últimos años, la literatura ha insistido en la necesidad de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios y entre los grupos profesionales de cada servicio (Martínez, Regato y Gorgocena, 1996; Regato y Sancho, 1999; Benítez del Rosario, 1999; López, 2005). Especial mención requiere en la literatura la relación entre los ámbitos primario y especializado, sobre todo en relación al seguimiento domiciliario de las personas dadas de alta precozmente del hospital. Las vivencias relatadas por el colectivo entrevistado ponen de manifiesto también el intento de los hospitales por acelerar la salida hacia el domicilio de las personas en que han pasado una fase de internamiento o un proceso quirúrgico.

Recurren a sus experiencias para relatar los efectos de esta aceleración en la salida del ámbito especializado, cuando la persona no dispone de un nivel de apoyo que le permita superar su falta de autonomía. Para Gené (1998) la integración de niveles asistenciales, ha de permitir una superación de las críticas a la Atención Primaria sobre limitada capacidad para contener el acceso a la atención hospitalaria (Gené, 1998) y las críticas al sistema especializado por no tener en cuenta los determinantes sociales de la salud en las altas hospitalarias de las personas. Pérez, Sancho y Yanguas (1999) apuntan el papel de los servicios sociales en la atención domiciliaria integral que permite dar un nuevo enfoque a las relaciones entre la Atención Primaria y la especializada.

Los discursos ponen de manifiesto perspectivas diversas en cuanto al rol y funciones de los colectivos de salud y sociales, dando lugar a expectativas no cumplidas y conflictos en el entorno domiciliario. En este sentido también la literatura considera el domicilio como un espacio privado del usuario, donde confluyen profesionales procedentes de distintos niveles sanitarios y sociales.

Según Espinosa y de la Revilla (2002, p. 225) *“Esta proliferación de profesionales, instituciones y organizaciones, procedentes de los servicios sociales, y sanitarios crea mucha confusión, no rentabilizan los recursos y los esfuerzos que esta actividad genera”*. Apunta el colectivo entrevistado específicamente la necesidad de convenios marco que regulen procedimientos de comunicación interprofesional y que flexibilicen las fronteras entre ambos sectores.

Emerge de los discursos la consideración de la intervención de fisioterapia en el entorno domiciliario como un mecanismo para reducir la necesidad de apoyo formal para la dependencia, relacionando directamente el sector salud y el sanitario. Ello es percibido como particularmente relevante para personas que han sido dadas de alta de la fisioterapia a nivel hospitalario.

La falta de servicios de continuidad integrados en una perspectiva sociosanitaria puede ocasionar en palabras de Preston y cols (1999) que la persona quede ubicada en el limbo, al no disponer de una continuidad entre los niveles de atención sanitaria. Las consecuencias de esta limitación en el servicio de fisioterapia se ve agravado por las limitaciones de recursos que también sufre el sector social incapaz según los discursos de mitigar los efectos de una intervención sanitaria insuficiente. Estas carencias apuntadas por el colectivo profesional para la intervención intersectorial han sido recogidas también en estudios realizados en el contexto de Mallorca (Ballester, Matamalas y Orte, 2003), sacando a la luz los efectos negativos también en las personas que ejercen el cuidado principal. Coinciden los discursos del colectivo entrevistado en señalar que las familias sí perciben la falta de coordinación entre sectores, especialmente en relación a la orientación de las diferentes acciones emprendidas en función a las necesidades de las personas, una percepción que aparece también con otros estudios previos (Bover, 2004).

Está fuera de toda duda que el trabajo coordinado entre profesionales de diferentes disciplinas puede enfrentarse mejor a las complejas demandas de salud. McKee y cols. (2006, p. 63), señalan en este sentido que *“Los roles adoptados por los diferentes profesionales no son estáticos. En parte es el reflejo de cómo la atención en salud está cambiando”*. Ello apunta a la necesidad de desarrollar políticas que fortalezcan estrategias conjuntas entre ambos sectores, pero también parece imprescindible la participación del colectivo profesional en el proceso de diseño y su desarrollo en la práctica (Dickinson, 2006). Las experiencias demuestran que es posible desarrollar estrategias conjuntas (Wellard, 2005), pero modificar prácticas y formas de entender las prácticas no parece aventurar caminos libres de obstáculos. Aunque Reed y cols (2005) apuntan las diferentes estrategias recogidas en la literatura en cuanto a la atención o cuidado integrado, señalan que la mayoría de las iniciativas se centran en pequeños cambios negociados entre los diferentes sectores y profesionales, más que en cambios radicales en el sistema sanitario y los servicios sociales. Estos cambios suelen ir encaminados a establecer mecanismos de conexión que quiebran las barreras entre los diferentes sectores, instituciones, servicios y profesionales. Sin embargo, los autores señalan que un número menor de estrategias incorporan una integración que incluya otros sectores como el transporte, la vivienda u otros aspectos de tipo socioeconómico que intervienen en la salud.

La Atención Primaria domiciliaria requiere la colaboración y cooperación entre los distintos colectivos profesionales y también entre las distintas instituciones y servicios que intervienen en el domicilio. Reed y cols (2005) consideran diferentes niveles de integración en la atención a personas mayores, desde la colaboración a nivel intersectorial, frecuentemente entre el social y sanitario; colaboración entre diferentes profesiones como la enfermería, el trabajo social, la medicina o la fisioterapia, entre otras; colaboración entre las instituciones y la comunidad, o bien una integración entre instituciones de diferente tipo como instituciones públicas, privadas y ONG. Un último tipo de integración supone según los autores la integración entre la intervención aguda y la intervención

continuada. De esta forma, la literatura recoge estrategias como la integración de diferentes sectores bajo políticas de carácter integrador, pero también la reestructuración de servicios para evitar los espacios entre la atención especializada y la intervención continuada en el domicilio o desde el centro de salud. En este sentido, especial atención han tenido los mecanismos de información entre niveles, con una importancia relevante al uso de las tecnologías de la información y comunicación en esta estrategia. La estrategia EPIC (European Prototype for Integrated Care) supuso el inicio de una estrategia desarrollada en varios países para integrar la atención a personas mayores especialmente vulnerables que viven en la comunidad a través de un sistema facilitador de la comunicación entre los profesionales del ámbito sanitario y social (Boydell, 1996). La implementación de las nuevas tecnologías de información y comunicación en Atención Primaria, es también un aspecto que valoran el colectivo entrevistado y entrevistadas de forma positiva aunque apuntan sus limitaciones si no permiten una interconexión con la atención especializada o los servicios sociales.

El colectivo de profesionales entrevistado otorga en general gran importancia al establecimiento de macropolíticas de tipo sociosanitario, pero también al desarrollo de estrategias organizacionales en Atención Primaria para favorecer una comunicación que permita una atención domiciliaria más integral. Para Nies y Berman (2004) la coordinación intersectorial requiere una visión y un entendimiento entre las propias administraciones y quienes las dirigen, que permita superar las tradicionales barreras entre sectores. El refuerzo de la atención a las personas en su domicilio aparece también tanto el Plan Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), como en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia (IMSERSO, 2006) señalando este entorno como espacio fundamental para el desarrollo de políticas y estrategias de acción que limiten los efectos de la discapacidad. La tendencia futura parece que ha de pasar por una mayor coordinación de las

políticas, de las estrategias y de los servicios que se ofrezcan a las personas dependientes y a las familias. En este sentido, aunque la conceptualización del modelo de Atención Primaria de Salud le otorga una función clave en la integración de las diversas acciones en relación a la salud, diferentes procesos históricos y burocráticos hace que todavía hoy este aspecto se plantee todavía hoy como un objetivo a conseguir. Parece que el tema de la coordinación entre niveles y sectores de intervención es un tema recurrente no sólo en la literatura de nuestro país sino también a nivel internacional (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Calnan et al, 2006; MSC, 2007) Por ello, para De la Revilla y Espinosa (2003) reforzar la Atención Primaria domiciliaria implica fomentar una estrecha colaboración entre los distintos servicios sanitarios conjuntamente con los servicios sociales para facilitar una red única de servicios centrada en la ciudadanía. En este sentido, la propia Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, supone un nuevo contexto para la atención sociosanitaria cuya aplicación puede tener dos consecuencias: fragmentar todavía más o servir de estímulo para repensar la actual colaboración entre sectores (Jiménez, 2007).

Por ello, el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en este nuevo escenario podría permitir un nuevo marco para corregir la segmentación de servicios, transformando el actual modelo de competencias independientes en un modelo de responsabilidad compartida centrada en las necesidades de la persona. Apuntan los discursos que iniciativas bien intencionadas como la fisioterapia domiciliaria corren el riesgo de ser insuficientes o dividir todavía más los sectores social y sanitario si su implantación no se acompaña de medidas de coordinación que permitan atender las necesidades de las personas en su domicilio desde un enfoque sociosanitario.

9.2.6 TÚ A BOSTON, YO A CALIFORNIA

La película de 1961 de David Swift del mismo nombre que este apartado, relata en clave de comedia el intercambio de residencia que dos hermanas gemelas que vivían separadas realizan con la intención de volver a unir el núcleo familiar. De esta forma, la que vivía en Boston se sustituye por la herman gemela trasladándose a vivir en California y viceversa. La comedia muestra el cambio de vida que sufren las gemelas según la ciudad de destino, reflejando en clave de humor toda una serie de aventuras que suceden fruto del intercambio de domicilio y de entorno. El título de esta película y lo que representa es usado en este apartado para ilustrar las diferentes consideraciones y experiencias personales con que los discursos muestran las diferencias intervenciones domiciliarias en relación con la zona geográfica donde se realicen.

Como en la película, también el colectivo profesional de Atención Primaria coinciden en señalar las diferencias en la intervención domiciliaria según el barrio, la zona o incluso ámbito rural o urbano, en general en relación a las características de las intervenciones, los resultados de éstas y su nivel de satisfacción. Identifican diferencias en los domicilios que visitan, tanto en relación a las personas que allí conviven y sus relaciones interpersonales, como en la implicación de las familias, o el nivel de apoyo formal e informal.

En general la literatura recoge diferencias en la realización de la atención domiciliaria en relación al área urbana y área rural, especialmente en cuanto a la dispersión de la población (Martín, 2003). Se considera que las ciudades tienen una mayor concentración poblacional, distancias cortas con el centro de salud y mejores comunicaciones de transporte, mientras que las áreas rurales se disponen en pequeños núcleos de población aislados, separados por largas distancias y con comunicaciones a veces dificultosas. Aunque estas consideraciones han sido recogidas también en sus relatos, los discursos apuntan a diferencias en clave de disponibilidad del apoyo informal, más difícil de obtener en entornos urbanos

mayores, donde la gente vive más independientemente y donde la red social está más fragmentada. Diferentes autores (Álamo et al, 1999) han apuntado las diferencias en relación a la disponibilidad de apoyo formal entre zonas más rurales y zonas más urbanas. En este estudio, los discursos apuntan la consideración de que en los pueblos pequeños de la zona rural, la vecindad puede incorporarse a una red de cuidado a la persona dependiente o de apoyo a quien ejerce el cuidado de forma principal. La forma en que la disponibilidad de apoyo informal caracteriza en sus discursos a las áreas rurales recuerda la descripción que el escritor John Steinbeck utiliza en su novela La Perla, en los años cuarenta (1992, p. 45):

(...) Es además un todo emocional. Cómo viajan las noticias a su través es un misterio de difícil solución. Las noticias parecen ir más de prisa que la rapidez con que los muchachos pueden correr a transmitir las, más deprisa de lo que las mujeres pueden vocearlas de ventana en ventana.

Esta red social supone para el colectivo profesional de Atención Primaria una ventaja en el desarrollo de su intervención, sacando a la luz la percepción de que los factores contextuales tienen una fuerte influencia en la relación entre la población y el sistema sanitario. Entre ellos aspectos de acceso geográfico, contextos sociales incluyendo el familiar y la disponibilidad de apoyo informal pero también aspectos culturales, económicos y políticos (Watson y cols, 2004). El área geográfica ha pasado a considerarse por tanto como un factor que influye en el estado de salud de las personas que allí viven, pues pone de manifiesto un entramado de otras causas, sobre todo de tipo social (Durán, 2004; Soldevilla, 2007). El lugar de residencia no sólo tiene relación con factores como el medio ambiente, el urbanismo o los equipamientos, sino con la identificación de núcleos de población con menor desarrollo socioeconómico o redes de apoyo social. Ello apunta a la necesaria intersectorialidad para la atención de las personas en su domicilio, pues varios sectores como el sanitario o el social pueden estar implicados pero también influyen aspectos de seguridad laboral, de infraestructuras o de transporte.

De esta forma, la estrategia de reducción de las desigualdades sociales en salud se ve obligada considerar con más aínco el aspecto social de la salud (Álvarez y Peiró, 2000). Para los autores, las reformas del sistema sanitario deben complementarse con los cambios sociales, pues los programas sanitarios tendrán un efecto limitado si no se reducen las causas sociales que generan o mantienen las enfermedades de las personas.

En los últimos años han aparecido diversos estudios sobre las desigualdades relacionadas con el territorio urbano (Borrell et al, 1997, Pasarín et al 1999, Marín y March, 1992, Casi y Moreno, 1992; Nolasco et al, 2004, Ruiz et al 2004), apuntando la literatura la necesidad de desarrollar iniciativas de índole cualitativo que permitan conocer más a fondo los elementos sociales, culturales e históricos que podrían influir en la salud. El uso de esta información parece que podría permitir ajustar un registro en el que se incluye la composición de las familias, barrios y comunidades, facilitando una labor de planificación tanto para los servicios sociales como sanitarios. Teniendo en cuenta que la mayor parte del cuidado lo realizan las familias, la composición demográfica y socioeconómica de de éstas parece relevante para planificar la atención sanitaria (Durán, 2004). Desde esta perspectiva, el enfoque familiar de la atención domiciliaria (Espinosa y de la Revilla, 2002) podría colocar al equipo de salud de Atención Primaria en una situación privilegiada para la identificación de desigualdades sociales e inequidad del sistema sanitario. Para ello, algunos discursos ponen de manifiesto que es necesario un enfoque comunitario en las prácticas, tiempo y sistemas de organización que faciliten una autogestión de las visitas por parte del colectivo profesional.

Coincidir en el domicilio en algunas vistas fue apuntado como un elemento importante para la atención continuada, la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, facilitando una atención centrada en la persona. Sin embargo, los discursos ponen de manifiesto que existen diferencias en la organización de la atención domiciliaria, con diferente nivel de autonomía de los equipos

profesionales que la realizan. Ello parece que parece ser un elemento de influencia para la coincidencia en el domicilio con quienes realizan el cuidado, sino también en el diseño y desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria.

9.2.7 EL GIGANTE “ATLAS” Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA

La consideración general de la atención domiciliaria está vertebrada en la perspectiva de que es una intervención que precisa mayor atención pues justamente interviene con el grupo más vulnerable de la población y sus familias. El peso de esta intervención recae fundamentalmente en los equipos de Atención Primaria, pero la perspectiva de la misma difiere entre las personas entrevistadas. En un extremo, los discursos apuntan a la percepción por parte del colectivo entrevistado de que la atención domiciliaria se ha convertido en una carga añadida que los cambios sociodemográficos y familiares han convertido en demasiado pesada. Al igual que en la mitología griega, el gigante Atlas, cuyo derivado del griego significa “portar o soportar”, aparece sosteniendo sobre sus hombros los pilares que mantenían la tierra, también algunos discursos apuntan un esfuerzo extra del colectivo profesional en el mantenimiento de la vertiente domiciliaria del sistema de Atención Primaria.

La creciente demanda les coloca según algunos discursos en una función de contención, donde el déficit de recursos humanos y materiales es incapaz de asumir la sobrecarga crónica que sufre el sistema sanitario. Estas experiencias las relacionan con la tendencia sociodemográfica actual, también recogido en la literatura. Los estudios muestran que la tasa de discapacidad, que aumenta con la edad, ha provocado un aumento de las personas dependientes que precisan atención sanitaria en el domicilio (INE, 1999; INSALUD, 1999; IMSERSO 2004). Los elementos demográficos, tanto por el incremento de personas mayores como las diferencias en la estructura familiar, el tipo de necesidades y las expectativas de la ciudadanía, pueden hacer cambiar el aspecto de nuestro sistema

sanitario en los próximos años. Por ello, aunque en general, se reconoce que las personas mayores son las principales beneficiarias, la tendencia a considerar la importancia del entorno personal y social, los cambios en los patrones epidemiológicos y las posibilidades de transferir tecnología al domicilio, apuntan hacia nuevos perfiles de usuarios que pueden incrementar la demanda futura (Hutten y Kerkstra, 1996).

La sobrecarga percibida hace referencia al incremento de la demanda pero de forma particular al incremento en la complejidad de la atención domiciliaria y con ello las actividades y tiempo invertido en las visitas. Apuntan en particular las visitas a personas dependientes que viven solas, sobre todo en los grandes núcleos urbanos, lo cual dificulta según los profesionales sus intervenciones y la continuidad de las mismas. Citan también aspectos recogidos en la literatura como la incorporación de la mujer al trabajo, el ritmo de vida cotidiano, o la propia consideración de la vejez en la época contemporánea para explicar el incremento de sus tareas en el domicilio. El incremento en las demandas solicitadas al colectivo de salud, pero también la percepción de que el sistema sanitario es incapaz de asumir la nueva responsabilidad en el cuidado, pone de manifiesto los efectos de una situación de crisis en el cuidado informal que lleva al terreno de lo formal lo que tradicionalmente era considerado una responsabilidad familiar (Bover y Gastaldo, 2005).

La consideración de que la situación idónea para la intervención en salud está, siempre que sea posible, en su contexto social y familiar y no el institucional puede incrementar también según la literatura, la demanda de atención domiciliaria (Martín, 2003). En relación a esto, relatan de forma emotiva situaciones de algunas personas especialmente vulnerables en que se justificaría la institucionalización como una mejor opción que la atención domiciliaria. Ello pone de manifiesto una necesidad de coordinación de instituciones y una mayor asignación de recursos que también recoge la literatura como mecanismo para

asegurar un continuo en la atención en las mejores condiciones (Contel, Gené y Limón, 1999). El papel como profesionales de la Atención Primaria cuya intervención en salud está centrado en la persona, ha de llevar al profesional anticiparse, indagar y visitar a la persona en el domicilio de forma previa a su demanda. Los miembros del equipo de salud se han de distinguir según Borrell y Cebriá (2003) porque van más allá de la demanda aparente, superando la intervención centrada en un control habitual. Sin embargo, parece que la organización de la atención domiciliaria y la perspectiva, condiciones y prioridad de los equipos de Atención Primaria puede favorecer o dificultar esta actividad (Contel, Gené y Limón, 1999), lo cual se evidencia también a la luz de los discursos del colectivo entrevistado.

Otro elemento apuntado para mostrar su sobreesfuerzo es manifestado en relación a la tendencia en la población a solicitar más servicios de salud en el centro y en el domicilio, mostrando algunas perspectivas una consideración de la población como un ente pasivo, incapaz de resolver por sí misma cuestiones en salud. Parte de los discursos presentan a una población altamente demandante de servicios, sin cuestionar en sus discursos la responsabilidad del propio sistema sanitario y sus profesionales en esta posición en que se ubica la comunidad. Para Sutcliffe (1992) en el enfoque hospitalario, la mejora de la salud depende de la intervención especializada y por lo tanto tiene una orientación centrada en el profesional (Sutcliffe, 1992). Esto ha llevado a un paternalismo benevolente y a un grado de dependencia de las personas en el sistema sanitario y en sus profesionales, lo cual podría interpretarse como una consecuencia más de un sistema sanitario que prioriza el enfoque especializado. Este escenario se ve nutrido según por la forma en que la salud se ha convertido en un bien de consumo, donde los mensajes enviados a la población sobrevaloran el efecto del sistema sanitario, sus tecnologías y sus medicamentos y resta valor a otros determinantes como las condiciones laborales, vivienda, red disponible de apoyo o bajos salarios entre otros, cuya diferente influencia ya recoge la literatura (Blench, 2003). Por otro lado, la sobrecarga expresada por una parte del colectivo entrevistado puede sacar

a la luz una responsabilidad en salud de tipo convencional e individual. Esta responsabilidad convencional, pone de manifiesto que la atención en salud es responsabilidad del sector sanitario, y está basada en el dominio profesional con una intervención pasiva del ciudadano (Vüori,1984), con lo que el peso de la atención en salud recae en el colectivo profesional.

Como se ha comentado, los discursos reflejan la percepción de necesidades de salud en de atención domiciliaria cada vez más complejas y multidimensionales. Los discursos apuntan a la percepción de un insuficiente apoyo al colectivo profesional, que ha de hacer frente a la atención domiciliaria en un entorno cambiante, que requiere en su perspectiva más recursos humanos. Aunque el desarrollo de programas y actividades de atención domiciliaria ha pasado a ser uno de los objetivos de la Atención Primaria, existen todavía en nuestro país deficiencias en la planificación y la cantidad de recursos asignados a la atención domiciliaria (INSALUD, 2001; MSC, 2007). Todo ello puede provocar un desajuste entre las personas y su ambiente laboral, dependiendo del grado en que las personas poseen habilidades y destrezas necesarias para cubrir las nuevas demandas requeridas y por otra el grado en que el contexto laboral satisface las necesidades y valores de los individuos (Medina, 2001)

La literatura apunta que para que el sistema sanitario responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población es importante que ésta participe activamente en su planificación y control (Martín, 2003). Para el colectivo entrevistado sin embargo, la ciudadanía ejerce su influencia en el sistema por medio de la representación en los órganos de gobierno autonómico y local relacionados con asuntos sanitarios, lo que en palabras de Martín (2003, p. 5) la ubica en una *“participación desde fuera”*. Las nuevas demandas que percibe el colectivo entrevistado responden también a promesas de la administración y a una mayor conciencia de la población sobre sus derechos, lo cual les según algunos discursos como víctimas del sistema, desprotegidos entre las demandas de la gerencia y de la población.

Finalmente, la perspectiva de la atención domiciliaria como una carga añadida y una demanda creciente es trasladada también a parte de los discursos en relación al desarrollo futuro de la fisioterapia en la Atención Primaria en el contexto estudiado. Algunos de ellos apuntan a la dificultad para desarrollar la fisioterapia en la atención domiciliaria si no se establecen los mecanismos de contención y filtro a la demanda de este servicio. Otros hacen referencia a los efectos negativos que la sobrecarga y la frustración puede ocasionar en el colectivo de fisioterapeutas si no se inicia con los recursos humanos necesarios.

De esta forma, aunque en general los discursos centrados en las condiciones de las personas dependientes y quienes les cuidan reflejan la percepción de la fisioterapia como un derecho de salud insatisfecho, algunos de los discursos centrados en las condiciones de laborales del colectivo profesional arrojan la percepción de que este servicio ha de limitarse. Ello coloca a una parte del colectivo entrevistado en posicionamientos contrarios a los que habían señalado como propios de la Atención Primaria, como la accesibilidad, la atención continuada y la atención a las necesidades de salud en los entornos en los que las personas se ubican. Para Dubois y cols. (2006) existe un consenso en constatar que las políticas de salud no deben ser analizadas sólo en su aspecto macro, sino que también cómo éstas afectan a las prácticas del colectivo profesional. No es infrecuente según los autores que las prácticas y la organización sanitaria puedan llegar a desarrollar enfoques diferentes de las políticas en que se enmarcan.

En este proceso influyen múltiples factores, algunos de ellos relacionados directamente con el desajuste de los recursos humanos con las demandas, la formación de éstos y las dificultades para trabajar en equipo. Para Martín (2000) aunque el modelo de Atención Primaria se ha constituido como un sistema elemental y básico del sistema sanitario y a pesar por tanto de los esfuerzos realizados, del interés y energía que muchos profesionales depositan para el desarrollo de este sistema, la Atención Primaria de Salud es una tarea difícil e inacabada. Para el autor, a pesar del entusiasmo con que la reforma fue iniciada en

nuestro país, no se han ejecutado una gran parte de las propuestas de cambio institucional y organizativo, limitadas por la rigidez institucional pero también por la escasez de recursos humanos y materiales necesarios para el cambio.

Estos discursos recogidos por el colectivo entrevistado parecen sugerir la necesidad de otorgar no sólo recursos sino también valoración y prestigio profesional a aquellos que desarrollan en la práctica el modelo de salud, así como establecer mecanismos que disminuyan los efectos negativos del sistema sanitario en sus miembros. Medina (2001) sostiene que las consecuencias negativas de una baja satisfacción laboral afectan al personal, limitando el nivel de compromiso organizacional y con ello los resultados de ésta. Para Jorge y cols (2005) los bajos niveles de percepción de la calidad de vida en profesionales sociosanitarios pueden redundar también en la propia población, por lo que unas condiciones que faciliten un desarrollo personal y profesional parecen relevantes también en relación con el desarrollo de la fisioterapia domiciliaria.

9.3 Y ADEMÁS, TAMBIÉN OS NECESITAMOS EN EL DOMICILIO PORQUE...

En discursos aparecen varios aspectos que relacionan con una necesidad de intervención de fisioterapia en el domicilio. El aspecto principal hace referencia a los problemas de salud que tienen las personas ubicadas en este entorno y cómo estos problemas afectan a su función física y con ello a su autonomía. Emerge de sus discursos la percepción de la fisioterapia en el domicilio como una intervención que incorpora la valoración el entorno y el asesoramiento a quienes ejercen el cuidado principal y a otros colectivos profesionales.

Diversas consideraciones de la fisioterapia emergen de los discursos, que oscilan desde una consideración amplia e integral a una intervención específica ante un delimitado problema de salud. La fisioterapia también se refleja como una intervención que contribuye a la atención domiciliaria realizada por otros

colectivos. Los discursos muestran en general la consideración de la fisioterapia como un tipo de intervención necesaria en la atención domiciliaria, que tiene además múltiples beneficios para la persona y su entorno. Sin embargo, emana de los discursos la consideración de que este servicio es un derecho insatisfecho para los ciudadanos en Mallorca y además un lujo tanto para éstos como para los otros profesionales que intervienen. Finalmente, la fisioterapia parece no estar plenamente integrada dentro del primer nivel de atención, manifestándose este hecho por el desconocimiento mutuo entre roles y funciones entre los profesionales de las distintas disciplinas.

9.3.1 NOS ABREN LA PUERTA Y....UN ACV, UNA FRACTURA DE CADERA, UN ABUELITO EN SOLEDAD.

Según las experiencias vertidas en los discursos, las personas que actualmente reciben atención en su domicilio son personas mayores generalmente con dependencia derivada de problemas de salud citando con frecuencia alteraciones neurológicas u osteoarticulares. Es estos casos donde los profesionales consideran más necesaria la intervención de fisioterapia, pues la intervención de un colectivo profesional experto puede según los discursos determinar el nivel de dependencia de las personas. Aunque los discursos hacen referencia a la influencia de la intervención de fisioterapia en cuestiones de maximización de la autonomía de la persona, es generalmente la patología la que finalmente acaba determinando el criterio de inclusión o exclusión de sus intervenciones domiciliarias. Esta relación entre la atención a la persona o a la patología ha sido origen de múltiples análisis en la literatura y representa además un aspecto frecuente en relación a la fisioterapia (Thornquist, 1997). Sin embargo, el modelo de Atención Primaria y también los propios profesionales apuntan a la insuficiencia de esta perspectiva para definir las posibilidades de la fisioterapia en este modelo de atención. Otorgan algunos discursos a este colectivo profesional una intervención basada en una especial visión que les permite relacionar la función corporal con los niveles de dependencia de la persona, lo cual es especialmente valorado en el entorno

domiciliario. A pesar de esta consideración, el lenguaje utilizado en la concreción de las actividades a desarrollar en el ámbito domiciliario por los diferentes profesionales evoca preferentemente al cuerpo y su dolencia. Más allá de una separación cuerpo/sujeto, los discursos apuntan a dolencias específicas para referirse a las personas ubicadas en el domicilio, y con ello también a las prácticas a desarrollar en este entorno. Paradójicamente, aunque las personas entrevistadas cuestionan la visión biomédica del ámbito especializado en contraposición al enfoque centrado en la persona en el ámbito de la Atención Primaria, a menudo el lenguaje utilizado hace más referencia a las deficiencias que a las personas. Las actividades profesionales en la atención domiciliaria son descritas en función de la patología que presenta la persona, haciendo referencia a éstas también para la conceptualización de la fisioterapia. Aún así, la perspectiva sistémica de la salud está presente en muchos relatos que hacen referencia a la atención domiciliaria, pero esta concepción con frecuencia se desvanece al explicar sus prácticas contextualizadas. Algunos autores apuntan a la contribución negativa que en ocasiones las organizaciones educativas y sanitarias ejercen para la formación de profesionales con un enfoque de atención en salud centrado en la persona (Grumbach, 2003). Señala el autor que cuando el alumnado entra en las universidades se preocupa por la totalidad de la persona, pero cuando ya están graduados, todos ellos pasan a preocuparse por el fallo que hay en la persona.

Parte de los discursos del colectivo entrevistado tienden a justificar la necesidad de la intervención de fisioterapia sobre la base del proceso patológico que estas personas padecen y sobre la expectativa de que la atención de fisioterapia podrá disminuir los efectos negativos de éste para la vida de la persona. De esta forma, aunque algunas de las consideraciones verbalizadas en referencia a la intervención domiciliaria, tales como la interrelación entre los sectores social y salud, la influencia del contexto en la práctica domiciliaria o el valor del apoyo informal, entre otros, hace referencia a una consideración sistémica del proceso salud-enfermedad, es finalmente la biología dañada la que se presenta como el motivo para requerir la presencia del profesional especializado en la reparación de ese

daño. En algunos casos, aunque los discursos apuntan el desarrollo actividades como la escucha terapéutica, cuya necesidad se ve motivada por la soledad en que muchas personas mayores viven, estas cuestiones no son relacionadas con la fisioterapia. La intervención preventiva es señalada de forma particular, sobre todo en relación con la prevención de caídas o del encamamiento, otorgando a la fisioterapia un relevante papel en la prevención de la enfermedad desde Atención Primaria.

Para Thornquist (1998), la herencia cartesiana que separa el cuerpo de la persona como sujeto, ha llevado a una división tradicionalmente aceptada entre el diagnóstico y tratamiento del cuerpo físico por un lado, y la comunicación interpersonal por otro. De esta forma, la comunicación nada tiene que ver con el análisis del cuerpo silencioso abierto al escrutinio y la intervención. Para la autora, aunque esta distinción entre aspectos sociales y el contenido del trabajo profesional es claramente una construcción social, sin embargo las ciencias de la salud tienden a considerarlo como natural. Además de esta perspectiva, como se ha visto en el primer capítulo, la mayor parte de la literatura encontrada sobre la fisioterapia en el domicilio han sido desarrollados generalmente desde el ámbito de la atención especializada, con grupos específicos de población que comparten un mismo diagnóstico. Ello, además de ligar la intervención de la fisioterapia en el domicilio a la cuestión de los costes la ha ligado también irremediablemente a la patología de tipo neurológico, respiratorio u ortopédico, la cual puede producir un nivel importante de dependencia (Young y Foster, 1993, Beech et al 1999; Escarabill y Casolívé, 1999; Anderson et al., 2002; Ward et al., 2005; Turner-Stokes et al., 2005). En consonancia con ello, los estudios presentan que las personas beneficiarias desde el abordaje de fisioterapia domiciliaria son aquellas afectadas de estos procesos reforzándose desde las esferas docentes e investigadoras una perspectiva que ilumina la patología sobre la persona. Los discursos ponen de manifiesto que si bien la población atendida ha de venir determinada por las necesidades de salud de las personas, sus familias y cuidadores, más allá de sus procesos patológicos o sus secuelas.

Sin embargo, los protocolos de fisioterapia en domiciliaria de diversas comunidades inciden particularmente en que este servicio ha de dirigirse a personas con un proceso incapacitante que provoca una pérdida de funcionalidad y de autonomía (SAS, 2003; Montagut, Flotats y Lucas, 2005). Entre los criterios de inclusión para ser atendido en el domicilio suele hacerse referencia a usuarios con discapacidad deambulatoria transitoria o permanente causada por afecciones neurológicas, cardiocirculatorias, respiratorias, reumatológicas y también los usuarios terminales o de edad avanzada que lo necesiten.

Los protocolos de fisioterapia domiciliaria suelen considerar también como candidatos a este servicio a aquellas personas que, por sus circunstancias personales o del entorno, el desplazamiento supusiera un riesgo para su salud, la institución sanitaria el eje de la intervención. Sin embargo, a nivel internacional cada vez más aparecen estudios que consideran que las características del entorno domiciliario pueden facilitar la recuperación de personas que tradicionalmente eran tratadas en centros sanitarios, recomendando su desarrollo incluso cuando el proceso patológico no les impide el desplazamiento a una institución sanitaria (Sullivan y Hedman, 2007; Nilsson et al., 2007). Los grupos infantiles no suelen incluirse en los protocolos sobre la atención domiciliaria desde atención primaria, pues suponen que disponen de familiares con posibilidades para acompañar el menor, lo cual según algunas de las personas entrevistadas no siempre ocurre, sobre todo en áreas rural dispersas. De la misma manera, sólo puntualmente este grupo poblacional fue incluido en los discursos del colectivo entrevistado, aunque la literatura recoge su pertinencia (López, 1994). De la misma manera, apenas fue citado este grupo poblacional como destinatario de la fisioterapia domiciliaria limitando un enfoque que permite el análisis de la situación de la población infantil en su entorno, constituyendo un elemento más de la evaluación del estado de salud y sus determinantes que favorezca un asesoramiento contextualizado. En general los discursos reflejan la consideración de que el colectivo de fisioterapeutas posee un vasto conocimiento sobre las patologías y las dolencias por ellas causadas, así como un cierto número de acciones capaces de interferir en

algún grado en ellas. Sin embargo, desde la perspectiva de la integralidad en la atención (Mattos, 2004), los procesos terapéuticos emergen del diálogo entre profesionales de salud y usuarios, resaltando los aspectos relacionales que apenas han aparecido en los discursos y que la literatura otorga de forma particular a la intervención de fisioterapia (Thornquist, 1995; French y Sim, 2004).

9.3.2 LA CUIDADORA Y TODOS LOS DEMÁS.

La integración de la fisioterapia en el entorno domiciliario no puede entenderse según los discursos sin comprender la complejidad de las relaciones entre el colectivo profesional de Atención Primaria y las personas que ejercen el cuidado de tipo formal o informal. En lo referente a la familia, tradicionalmente ésta ha sido considerada en la literatura como un elemento clave en la atención domiciliaria, pues representa el pilar del apoyo informal. La posición de Espinosa y De la Revilla (2002, p. 226) ilustra esta consideración, donde se apunta que *“la familia es la fuente principal de recursos y apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad”*, destacando el papel de la cuidadora primaria que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. Además de considerarse como un recurso de apoyo, la literatura recoge que la intervención domiciliaria no puede centrarse exclusivamente en la persona que origina la demanda, porque los problemas son compartidos con más personas en este entorno, especialmente en el núcleo familiar (Thornquist, 1997). Para Gené, Contel y Limón (1999), el equipo de Atención Primaria debe ayudar a sobrellevar la situación de estrés y distorsión de la dinámica familiar que crea una persona dependiente. Para ello ha de atender a las necesidades de las personas que ejercen el cuidado principal, ofreciendo soporte y orientando sobre los recursos sociales existentes.

Los relatos del colectivo entrevistado apunta que las actividades de cuidado por parte de la familia frecuentemente recaen sobre mujeres, esposas o hijas de la persona cuidada, lo que coincide con la tendencia general en el territorio español

(INSERSO, 1995). Pero apuntan también a la reducción en la disponibilidad de tiempo de estas mujeres cuidadoras como consecuencia de varios factores. Citan en particular la incorporación de la mujer al mercado laboral, reduciéndose el tiempo de cuidado a familiares. Aunque la perspectiva en los discursos apunta a la percepción del cuidado como una responsabilidad familiar, reconocen como manifiesta Durán (2004), que el tiempo de cuidado es un recurso escaso, el cual cada vez más las familias destinan a otras alternativas posibles. Sin embargo, también señalan la baja consideración de la sociedad hacia las personas mayores y quienes les cuidan, lo que determina el traslado al ámbito formal del cuidado de los mayores o personas dependientes.

Para algunos autores, en la perspectiva política y las estrategias hacia las personas dependientes subyace la consideración de las personas como capital productivo. Sostiene Gard (2005) que la autonomía de las personas suele medirse por su capacidad para el desarrollo de actividades relacionadas con el autocuidado, la productividad y el ocio, siendo la productividad referida tradicionalmente como una actividad obligada con fines económicos para el desarrollo personal y de la familia. Sin embargo, según la autora la tendencia actual tiende a extender este concepto al desarrollo de actividades no remuneradas como el cuidado de la casa, de los niños o de la familia. Entre las actividades de producción a menudo se presentan la contribución de la persona a su propio hogar, la familia, la comunidad, el lugar de trabajo o la sociedad. De esta forma, las personas históricamente consideradas como parte del sector pasivo e improductivo, se han transformado en un activo de importancia relevante para la atención sociosanitaria. A pesar de ello, para algunos autores ha existido tradicionalmente en España un claro desfase entre el discurso retórico que considera a la familia como el núcleo de la sociedad y las intervenciones realizadas por el Estado a favor de las familias (Navarro y Pérez, 2006). Apuntan los autores la narrativa dominante en la cultura política y mediática del país que da gran hincapié al respeto, dedicación y compromiso adquirido por la sociedad hacia los ancianos, y la pobreza de las políticas públicas de apoyo a éstos y a sus familias.

Sin embargo generalmente tanto las familias como las personas ancianas están poco atendidas por el Estado sea éste, central, autonómico o local, lo cual adquiere mayores dimensiones en la provisión de servicios de atención y cuidado a este grupo poblacional. Para otros autores, el nivel de recursos y el acceso a ellos ha de dirigirse hacia la disminución de las desigualdades sociales que injustamente interfieren en la calidad de vida de las personas mayores y su integración en la comunidad (Mateu et al, 2007).

La consideración de las personas que ejercen el cuidado principal como un recurso para la continuidad de la atención sanitaria, lleva al colectivo profesional a ubicar estas personas dentro de los objetivos de la intervención, enfocando la intervención a la sobrecarga emocional y física que éstas personas sufren. La literatura reconoce que cuidar a una persona dependiente puede poner en riesgo la salud del que cuida (Puig, 1992; Hernández y Gervás, 1992; López, Lorenzo y Santiago, 1999; Roca et al., 2000; Gómez y González, 2004), y con ello la necesidad de valoración del estado de estas personas en la atención domiciliaria (Benítez, 1999). Los relatos de las personas entrevistadas indican que es frecuente encontrar en el domicilio a personas de edad avanzada y con estado de salud delicado, pero que aún así representan el pilar del cuidado informal. De algunos relatos se deriva que en ocasiones su frágil situación requiere más atención incluso que la persona que genera la demanda sanitaria.

La actividad de cuidar emerge en los discursos como un factor determinante para la salud de la persona que ejerce el cuidado, no sólo por las actividades a realizar sino por la limitación que esta actividad produce en su acceso al sistema sanitario. Es en este sentido que algunas personas entrevistadas insisten en el valor de la atención en el domicilio desde una perspectiva de la Atención Primaria, que permita contemplar a la persona que cuida y no sólo a la que origina la demanda. Señalan intervenciones educativas en cuestiones ergonómicas, aunque algunos discursos no descartan intervenciones terapéuticas directas. Esta perspectiva coincide con las recomendaciones que tradicionalmente también se han

considerado en la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, entendiendo la atención domiciliaria desde una doble vertiente que incluye a las personas que ejercen el cuidado principal en la intervención (Inglés et al, 2004). Sin embargo, en general los protocolos tienden filtrar la atención domiciliaria priorizando el diagnóstico de la persona enferma, aunque la ausencia de estos protocolos deja en los equipos la decisión de la necesidad de la visita (Contel, Gené y Limón, 1999). Este hecho hace emerger la cuestión de la intersectorialidad entre los ámbitos sanitario y social, donde estas personas pueden quedar ubicadas fuera de ambos sistemas de atención.

Los efectos de la intervención domiciliaria va a depender no sólo de la existencia de apoyos y recursos de cuidado formal e informal, sino muy especialmente de la disponibilidad e implicación de éstos en el seguimiento dentro del domicilio. La disponibilidad de familia es considerada por el colectivo entrevistado como un valor fundamental, señalando algunos discursos que los lazos emocionales con la persona a cuidar influye en sus niveles de implicación, que supera al de una persona externa a la familia. Sin embargo, las experiencias apuntan a que no todas las familias desarrollan el cuidado del cual que el colectivo profesional les considera todavía responsable. Ello saca a la luz el cambio de rol y actividades para el colectivo profesional de Atención Primaria, el cual es señalando de forma particular cuando se refieren sus discursos a la limitación de resultados de fisioterapia en el domicilio si no existe la implicación de la familia.

Algunos discursos otorgan más valor a la formación específica y a la condición de salud de quien hace el cuidado que a los lazos familiares que unen a las personas. En cualquier caso, aprecian la intervención de la misma persona de referencia en el entorno domiciliario, lo que facilita establecer una relación de confianza y un seguimiento del estado de salud de la persona ubicada en el domicilio. Como nuevas figuras en el entorno domiciliario señalan a las cuidadoras contratadas, aunque citan en algunos casos el efecto de las barreras culturales o las creencias en salud para la realización del cuidado que espera el colectivo profesional.

Estas barreras fueron encontradas también en el estudio de Gallart (2007) quien apunta a la dificultad que pueden presentar este colectivo para realizar el cuidado aún sintiéndose capaces para hacerlo. Aún así la disponibilidad de las personas contratadas y profesionales de los servicios sociales para el cuidado son en general apuntadas como un factor positivo para el desarrollo de las intervenciones de fisioterapia en el domicilio, aunque insisten algunas perspectivas en que el apoyo a la continuidad de la atención no implica una delegación de funciones del colectivo profesional de Atención Primaria.

9.4 ESO QUE ES NECESARIO, ESO QUE ES BUENO PARA TODO, ESO QUE ES UN LUJO, ESO QUE...

...todavía se conoce poco.

En general los discursos ponen de manifiesto la percepción del colectivo entrevistado de una necesidad de fisioterapia en el entorno domiciliario aunque una gran parte muestra dificultades para identificar las actividades concretas a desarrollar. Hacen referencia sin embargo a personas vulnerables, sin energía, sin motivación, donde la intervención de fisioterapia es manifestada como una posibilidad para activarlas y hacerles recuperar el control sobre sus vidas. Ello apunta al papel de la fisioterapia en la movilización de las estrategias de autoconocimiento y a una consideración de la fisioterapia donde el foco de intervención se vertebra en la persona de forma holística y la relación que ésta establece con su cuerpo. Rosberg (2000) apunta que la fisioterapia se desarrolla desde una visión que valora la intervención en salud como proceso construido socialmente en el cual el significado es creado a través de la experiencia del cuerpo, estimulando a la persona a ser capaz de tener gestión o control sobre sí misma.

Esta perspectiva valora especialmente la particular relación asistencial donde la mirada desde la fisioterapia busca la integración y no la separación entre los aspectos biomecánicos, tensiones y patrones de movimiento, con la subjetividad

de la persona. El cuerpo y sus estructuras no se considera por tanto, un objetivo en sí mismo de la fisioterapia sino un modo de conocer las posibilidades de cambio, conectar con la persona y estimular en ella la presencia del cuerpo, el movimiento, la vida y su espontaneidad. Esta visión de la fisioterapia, que aparece en los discursos del colectivo entrevistado en referencia a situaciones inespecíficas de fragilidad, se desvanece con frecuencia cuando se identifica en sus relatos una lesión o daño, donde la fisioterapia pasa a relacionarse con la patología, apuntando a la autonomía y reducción de la dependencia como un elemento consecuente con la mejoría del segmento corporal dañado. Aparece entonces una visión rehabilitadora, centrando algunos discursos las técnicas y no la persona persona que ha de aplicarla, poniendo en duda a qué marco competencial disciplinar pertenecen algunas de ellas. Una postura extrema en esta perspectiva puede encontrarse también en la literatura, vertebrando en la patología una atención rehabilitadora en Atención Primaria en la que ni se cita al colectivo de fisioterapeutas (Ortega y Alcántara, 2003)

La fisioterapia es percibida en los discursos como una intervención de múltiples beneficios para las personas, pero es considerada también como un recurso escaso. Ello le otorga la consideración de servicio de lujo y al tiempo se presenta como una intervención desconocida para gran parte del colectivo entrevistado. Las causas de este desconocimiento es cuestionado en los discursos, pues se considera un aspecto importante a la hora de planificar la atención domiciliaria. Citan particularmente factores educativos o en relación a la deficiente comunicación y trabajo en equipo.

En coincidencia con Puccini (2004) el trabajo conjunto, para concretarse, depende del reconocimiento y valoración del encuentro singular entre profesionales, considerando este conocimiento mutuo como un factor clave para el desarrollo de intervenciones en salud. En este sentido la literatura señala que también el conocimiento y percepción por parte de la población sobre las profesiones sociosanitarias influye en su demanda (Starfield, Shi, Macinko, 2005).

Apuntan los autores en relación a la Atención Primaria, que un número alto de profesionales no garantiza que la comunidad de la zona de salud tenga mejor acceso, pudiendo influir también las consideraciones y experiencias de las personas con este sistema de atención y sus profesionales. En este sentido, emana de los discursos la percepción de la fisioterapia como un servicio conocido y demandado por la población, cuya limitación en su oferta pública a nivel domiciliario lo convierte en un servicio exclusivo para quienes puedan costearlo de forma privada.

Aunque algunos discursos sobre las actividades de la fisioterapia apuntan a una conceptualización de ésta centrada en aspectos curativos o rehabilitadores, las características de la Atención Primaria domiciliaria trae al colectivo entrevistado una perspectiva que resalta en mayor medida la evaluación, la prevención y la educación para la salud. Para algunos autores, el devenir histórico de la fisioterapia la ha relacionado injustamente en el pasado casi con exclusividad al entorno hospitalario y a un enfoque rehabilitador (Fernández et al., 1997). Ello ha ocasionado tal vez la consideración de la fisioterapia como un método de tratamiento o como una especialización, obviando otras cuestiones propias de la fisioterapia como arte y como ciencia y restando valor al proceso de interacción personal en el proceso de atención fisioterapéutica.

Por este motivo, para algunos autores la investigación histórica, que no ha sido muy común en fisioterapia, es sin embargo muy necesaria para entender la cultura y la identidad de la fisioterapia (Coronen y Wikström, 1999), pero también para entender la conceptualización que subyace en algunos sistemas de organización como en la Atención Primaria. El momento histórico de integración de la fisioterapia en el modelo de Atención Primaria suponía según la literatura un reconocimiento a otras facetas de la fisioterapia (Fernández et al, 1997). Las actividades a realizar en este nivel de atención así como el trabajo en equipo parecía abrir la puerta para un atención de fisioterapia accesible, educativa, preventiva y comunitaria, pues así se recogían en las normativas sobre el

funcionamiento de las unidades (INSALUD, 1991). Sin embargo, las dificultades en su integración, los recursos implicados, así como la influencia de sistemas organizativos basados en las prácticas independientes parece haber dificultado tanto el conocimiento de esta atención por parte de otros colectivos como el desarrollo de sus facetas comunitarias (Medina, 1997; Lomas et al, 2002). Este análisis recogido en la literatura aparece también en algunos discursos del colectivo entrevistado, apuntando que el conocimiento mutuo es escaso incluso en los centros que tienen unidad de fisioterapia.

9.5 PERO NO ES DE PRIMARIA. EN AMBULANCIA AL HOSPITAL Y LUEGO...PUES...EN CASA.

Fue posible percibir como los actuales criterios de acceso a la fisioterapia dividen la demanda de este servicio entre la atención especializada y la Atención Primaria. Algunos relatos apuntan que en Mallorca, el filtro a la fisioterapia el primer nivel de atención está limitado a tres criterios: el tipo de patología que tienen las personas, su posibilidad para el desplazamiento y su nivel de autonomía en aspectos relativos a la función física. Este sistema es cuestionado en los discursos, tanto en referencia a la insuficiente adecuación a las necesidades de las personas como en la adecuación al modelo de Atención Primaria.

En referencia a la atención domiciliaria, la mayoría de los discursos de profesionales del ámbito de salud y social cuestionan una situación que obliga a las personas a ser desplazadas al entorno hospitalario para acceder al servicio de fisioterapia mientras que reciben otros servicios desde la Atención Primaria domiciliaria. Citan las desventajas para las personas en este desplazamiento, pero también el hecho de que éste sea realizado al entorno especializado y no al centro de salud. Se destacan principios de la Atención Primaria, como el acceso, la continuidad y transversalidad en la atención en salud apuntados en el primer capítulo de este trabajo.

Pero además, esta organización causa una cierta confusión en el colectivo entrevistado para determinar la posible demanda de la intervención de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria si se excluyen los “pacientes o patologías de especializada”.

Diferenciar a qué institución sanitaria debe dirigirse la ciudadanía a recibir una atención de fisioterapia responde según algunos discursos a criterios organizativos en relación con la limitación de recursos de fisioterapia en Atención Primaria. La falta de recursos humanos en las unidades de fisioterapia puede representar según la literatura el motivo por el cual finalmente las personas con dependencia no pueden ser atendidas en el nivel primario de salud (Lomas et al, 2002). De esta forma se constituye un sistema híbrido para la fisioterapia entre la Atención Primaria y la Especializada, donde se produce la paradoja que obliga a las personas a recibir tratamiento continuado en el hospital, fracasando el objetivo de acercar la fisioterapia a la comunidad. Para otros autores, (Malcom, 1994) en ocasiones los hospitales desarrollan actividades que podrían ser consideradas como servicios propios del nivel primario de atención, lo cual ya sucede en relación a la atención domiciliaria (Contel, 2000). Para algunos autores ello saca a la luz también el diferente nivel de priorización y recursos con que cuenta uno y otro ámbito sanitario en nuestro país (Durán et al, 2006). En el contexto estudiado, la intervención realizada en el hospital acaba asumiendo la intervención continuada y permanente a lo largo de la vida de un sector de la población con determinadas discapacidades o enfermedades crónicas.

Para Malcom (1994), es necesario establecer una alternativa a la división anatómica entre el hospital y la Atención Primaria, pasando a una relación fisiológica o funcional. Esta relación funcional, apuntan algunos discursos que ha de orientarse a las necesidades de las personas a lo largo de la vida y no en los recursos humanos y materiales de uno y otro nivel de atención. De esta forma algunos discursos presentan un escenario en que la organización de fisioterapia en el sistema de salud que precisa ser revisado, pues su actual distribución de

funciones entre la atención Primaria y la especializada dificulta también un desarrollo de la fisioterapia domiciliaria realmente acorde con el modelo de Atención Primaria. Esta perspectiva que emerge de los discursos hace referencia a un modelo que supone una atención puesta al alcance de los individuos y familias de la comunidad, representando el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978; MSC, 2007).

9.5. SÍ, POR SUPUESTO...PERO SÓLO SI HAY RESULTADOS

La cuestión de los resultados de las intervenciones de fisioterapia en el domicilio emerge en los discursos desde dos posicionamientos. En el primero, la intervención de fisioterapia se considera beneficiosa de forma genneralizada y con efectos directos en la reducción del nivel de dependencia de las personas. De esta forma los resultados de la intervención se conciben desde una perspectiva amplia, incluyendo las intervenciones con las personas que ejercen el cuidado principal, buscando conseguir una mejor calidad de vida de las personas ubicadas en su domicilio. La intervención es valorada sobre todo por la posibilidad de la persona para mejorar su nivel de autonomía o de mantenerlo a la espera de otros recursos sociales. Esta perspectiva enmarca la visita domiciliaria de fisioterapia como una parte más de una intervención multidisciplinar donde el asesoramiento y colaboración con otros profesionales es especialmente relevante.

Desde una segunda perspectiva, algunos discursos apuntan a que el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria debe desarrollarse exclusivamente en aquellos casos en que puedan mostrarse resultados evidenciables. Esta percepción tiende a limitar al plano físico los resultados de la intervención de fisioterapia, y la reduce a una intervención instrumental o técnica, al tiempo que minimiza las influencias de otros determinantes los efectos de las intervenciones en el domicilio. Además, apunta a una consideración que no otorga valor a la consideración biopsicosocial de la intervención en salud, utilizando instrumentos de medida supuestamente objetivos para cuestiones en gran medida

subjetivas y en relación a las condiciones particulares de cada contexto. La complejidad radica además en la actual consideración de la evidencia científica como mecanismo para la toma de decisiones en las ciencias de la salud. Para algunos autores, en la investigación en áreas como la fisioterapia, la terapia ocupacional o la psicoterapia, la evidencia sobre la etiología y tratamiento es mucho menos clara que en un laboratorio, aunque sus intervenciones gozan de múltiples evidencias empíricas (Vos y cols, 2004). En palabras de Helders (2004, p. 49) respecto a la fisioterapia

La dificultad para muchos de nosotros es que nosotros realmente creemos en lo que hacemos y en los beneficios para nuestros pacientes, pero ¿cómo explicamos los resultados de esta investigación, especialmente en una era de la práctica basada en la evidencia?

Por tanto, parece necesario introducir una reflexión sobre la cuestión de la evidencia en ciencias de la salud, contemplando también la perspectiva de las personas tratadas (Arnetz et al, 2004), lo que Helders denomina como la “el mundo real de la fisioterapia” donde no todo es controlable. Desde esta perspectiva, la persona experta pasa a ser la persona que sufre y que tienen una larga historia de experiencias con diferentes entornos del sector sanitario. Edwards y cols (2004) hablan en este sentido de un razonamiento colaborativo en contraposición del tradicional razonamiento clínico en la toma de decisiones terapéuticas. Por ello, la utilización como fuente de evidencia de los documentos biográficos o los estudios cualitativos, el sistema puede ser retroalimentando desde las visiones de aquellos a quien va dirigido, evitando una utilización de la falta de evidencia en la intervención (tradicionalmente entendida) para evitar el desarrollo de servicios.

La búsqueda y selección de la mejor opción de intervención es una de las características del primer nivel de atención que implica la Atención Primaria, cuyo conocimiento de la comunidad la ubica en una posición para tomar mejores decisiones. Sin embargo, una interpretación sesgada de la fisioterapia hace

entender que sólo puede actuar cuando hay resultados observables y medibles a corto plazo tras su intervención. La literatura sobre la fisioterapia realizada en el domicilio se ha centrado fundamentalmente en la cuestión de los costes, como un mecanismo para ejercer una gestión más eficiente, pero también por la necesidad de justificar en términos económicos cuestiones relativas a derechos en salud (Kuisma, 2002). Aunque como se ha apuntado en el primer capítulo, más recientemente se incide en la perspectiva de las personas intervenidas, esta investigación es relativamente escasa y probablemente todavía poco efectiva para convencer a los gestores en la necesidad de un cambio de paradigma en la gestión de servicios de fisioterapia.

Diferentes autores han emprendido estudios para determinar la evidencia de las intervenciones domiciliarias, lo cual ha presentado dificultades de diversa índole, pero en lo común en relación a la dificultad de comparar realidades complejas donde los resultados no se producen de forma lineal causa-efecto, sino influenciados por un proceso sistémico (Fuentelsaz, 2002; Ward et al, 2005). De esta forma, se evidencia la necesidad de un enfoque también sistémico en los estudios de los resultados de la atención domiciliaria entendiendo que éstos derivan de un marco general compartido. Las características del entorno domiciliario y el enfoque interdisciplinar de la Atención Primaria domiciliaria pone en entredicho la cuestión de los resultados evaluados de forma aislada, tal y como recoge la literatura (Benítez, 1999). A este respecto, el colectivo entrevistado coincide en señalar la limitada influencia de sus propias intervenciones en la calidad de vida de la persona si no se enmarca en una intervención coordinada e intersectorial. Este hecho, no sólo fue relatado de forma especialmente emotiva, sino que además fue considerado como uno de los elementos clave en el nivel de satisfacción con la intervención domiciliaria.

Los resultados de las intervenciones pueden venir influenciados por el tipo de objetivos con que se enmarcan dichas intervenciones. Algunos discursos sacan a la luz la percepción de dos tipos de objetivos en cuanto a la fisioterapia en el

domicilio, bien enfocados a una resolución de la situación objeto de demanda o a un mantenimiento. De estas perspectivas, la intervención de fisioterapia vendrá delimitada por el cuadro patológico y los resultados esperados son evaluados en función de ese cuadro, pero no tiene en cuenta otros aspectos ni otras intervenciones sociosanitarias. Esta perspectiva que diferencia dos tipos de intervenciones aparece también en guías para la intervención de fisioterapia en el domicilio. En la guía del Servicio Andaluz de Salud el “Tratamiento domiciliario” va dirigido a la persona con déficits susceptibles de reversión total, parcial o susceptible de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico, mientras que el “Apoyo a la atención a domicilio” va dirigido a personas con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida (SAS, 2003, Martínez y cols., 2006).

En cualquier caso, aún siendo relativamente común el uso de programas y protocolos concretos en Atención Primaria, este funcionamiento responde a un modelo de Atención Primaria basado en la enfermedad (Bodenheimer, 1999) lo cual puede representar algunos riesgos. El peligro de una organización de la fisioterapia en la atención domiciliaria centrada en la cuantificación de la salud-enfermedad, abre la puerta al acceso a este servicio a personas con procesos que cumplan con determinados criterios fisiopatológicos. Sin embargo, desde una perspectiva ética, la igualdad en la atención no implica una justicia distributiva. No es equitativo tratar de forma similar a personas que tienen un cuadro patológico similar, pues sus condiciones de vida pueden ser muy diferentes (Arnand, 2004). Esta perspectiva emerge también de los relatos de las personas entrevistadas que inciden en los diferentes efectos que para las personas y sus familias provoca una misma afectación de salud. La literatura recoge la relevancia del enfoque biopsicosocial en la atención en salud, incorporando las cuestiones relacionales dentro del proceso. Este aspecto es especialmente relevante en la Atención Primaria, donde la relación asistencial no sólo permite profundizar en los factores que limitan la salud, sino que pueden permitir una conexión empática

con efectos terapéuticos en sí mismos (Borrell y Cebrià, 2003). Los relatos de las personas entrevistadas apuntan a actividades como la escucha, apuntando los beneficios para las personas y para el colectivo profesional. En fisioterapia, la literatura recoge que los componentes que forman parte de la interacción entre las dos personas (fisioterapeuta y aquella atendida) debe ser enfatizada como una parte especialmente relevante del proceso de intervención fisioterapéutica (Coronen y Wikström, 1999; French y Sim, 2004). Sin embargo, algunos discursos tienden a ubicar la fisioterapia en una perspectiva técnica, separándola de su contenido relacional.

La falta de claridad evidenciada en los relatos sobre cuándo se necesita fisioterapia en el domicilio, lleva a una rica discusión sobre cuando se necesita un o una fisioterapeuta en el domicilio. Es decir, incorporando a la persona y no la técnica en la perspectiva de análisis, lo cual es una situación que raramente se cuestiona en relación otras profesiones sociosanitarias. Parece claro que por ejemplo, no existe medicina de familia sin profesionales de medicina de familia o que no existe la intervención enfermera sin profesionales de enfermería. De la misma manera, para Fernández y cols. (2000), no existe fisioterapia sin fisioterapeutas, por lo que sostienen Coronen y Wikström (1999), que el paradigma de la intervención fisioterapéutica debe incluir con más ahínco aspectos como la visión del mundo desde la fisioterapia y la visión de la ciencia hacia la fisioterapia.

Finalmente, en la cuestión de los resultados en fisioterapia subyace una cuestión de costes y recursos limitados, abriendo la puerta a la discusión sobre qué costes y qué beneficios deberían contar en el análisis del coste efectividad de las intervenciones en salud (Brock, 2004). En general se suele considerar que el análisis del coste efectividad debería reflejar los beneficios de salud directos para los individuos como el alivio del dolor o el incremento del rango articular. Sin embargo, las intervenciones en salud también tienen beneficios y efectos no medibles en esos términos, como las repercusiones para la familia o para la

sociedad del buen estado de salud de sus miembros (Kamm, 2004). Los discursos del colectivo entrevistado muestran esta percepción, señalando los efectos de una mayor autonomía de las personas afectadas en la liberación de una parte de la carga que soportan quienes les cuidan, pero también la reducción de costes al sistema sanitario y social de las consecuencias de la dependencia. De esta forma, la decisión de la intervención de fisioterapia parece que no sólo ha de responder a criterios fisiopatológicos o a la expectativa de vida de las personas.

Hay multitud de aspectos éticos en la construcción del análisis de la costo-efectividad en las intervenciones sanitarias, haciendo de la distribución de recursos un proceso más complejo que la adaptación de la demanda a criterios de inclusión protocolizados. Como ejemplo, un análisis de los peligros de orientar servicios y programas de salud bajo la exclusiva mirada de sus costes puede llevar a argumentos que consideren innecesario el desarrollo de medidas preventivas altamente costosas cuando el gasto que suponen el tratamiento a las personas enfermas sea mucho menor (Abel, 1982). Pero además, en la cuestión de los costes y los resultados puede subyacer también una cuestión de discriminación hacia aquellas personas con patologías de lenta evolución, o involución. Por otro lado, la cuestión del coste-beneficio lleva a la discusión de la intervención de fisioterapia de forma paliativa o a personas de avanzada edad o encamados.

Intervenir en salud, aunque sólo sean posibles medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico es considerado en la literatura como una aplicación del modelo biopsicosocial a la práctica (Borrell y Cebrià, 2003). A pesar de ello, tradicionalmente se ha limitado el acceso a personas con enfermedades terminales o con graves discapacidades siendo poco frecuentes las intervenciones con este grupo de población para quienes la mejor opción es considerada la farmacológica (Torre et al., 1997; CSP, 2002). Independientemente de los dilemas éticos que plantea la cuestión de los costes en salud, en este estudio el colectivo entrevistado no somete a juicio con la misma intensidad la cuestión de los costes de la intervenciones de otros colectivos profesionales de salud. Esta consideración

coloca sobre la mesa la discusión sobre los derechos de las personas a disponer de los mejores recursos disponibles para la atención de su salud, estableciendo la difícil ecuación entre justicia social y costes sanitarios.

9.7 REDUCIENDO COSTES AL SISTEMA: LOS CONSEJOS, EL ASESORAMIENTO Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Una de las actividades que el colectivo entrevistado considera de especial relevancia en la intervención domiciliaria es lo que denominan como educación para la salud. Bajo este término engloban los consejos sanitarios, la formación de familiares y otros profesionales en el desarrollo de procesos sencillos, pero también otras estrategias más amplias, realizadas incluso en el centro de salud como actividades formativas a las personas que ejercen el cuidado principal. Como elemento común de todas estas estrategias citadas está el conseguir cambios de conductas encaminados a una mejora del estado de salud de las personas en el domicilio o a prevenir su deterioro. En estas estrategias generalmente incluyen los discursos a las personas que realizan el cuidado, especialmente en cuestiones de tipo ergonómico. Por otro lado, enseñar determinadas acciones de autocuidado o de cuidado del otro, es considerado por el colectivo entrevistado como un mecanismo de empoderamiento que permite a la persona y a sus familias estar en mejor disposición para resolver la problemática de salud.

El papel de la educación para la salud en la Atención Primaria se recoge también en la literatura, empezando por el enfoque educativo de su propia conceptualización (OMS, 1978). Por su parte la Organización Mundial de la Salud (1983), describe la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo posible individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

En la conceptualización y organización de la Atención Primaria en nuestro país se señala que tan importante como la intervención terapéutica es la educación para la salud y los consejos sanitarios. Reforzar estilos de vida saludables, y disminuir los riesgos para la salud es un rol que el colectivo profesional de Atención Primaria tiene entre sus funciones y así se recoge en las carteras de servicios (Trilla, Espluga y Plana, 2003; BOE 22 de 16 de septiembre de 2006). Sin embargo, reconocen las personas entrevistadas en sus relatos que las estrategias que denominan como educación para la salud no siempre proporcionan los resultados que esperan, especialmente en relación a las condiciones y contexto en que se producen. La falta de motivación de las personas en su domicilio, la ausencia o la sobrecarga de las personas que ejercen el cuidado, la reducida implicación de algunas familias u otros colectivos profesionales, lleva según algunos discursos a que esta intervención no siempre pueda realizarse con las mínimas garantías. Por otra parte, la literatura hace referencia a que “la enfermedad no es algo que simplemente ocurre a una persona” (Wikler, 2004:1), sino que hay diversos factores que influyen en ella, aunque los discursos apuntan que no todos ellos son objeto de las intervenciones educativas.

La educación para la salud resulta especialmente relevante en Atención Primaria aunque la Organización Mundial de la Salud apunta que los colectivos profesionales no siempre hacen un suficiente esfuerzo en su desarrollo (WHO, 1999b). Sin embargo, también se reconoce que un mayor desarrollo de programas de educación para la salud ha de ir paralelo a acciones intersectoriales y medidas relacionadas con el entorno en que la gente vive. La literatura (Trilla, Espluga y Plana, 2003) señala que la estrategia de educación para la salud en Atención Primaria, para ser plenamente eficaz, debe ser utilizada con una metodología planificada, implicando a los diversos sectores de actividad de la sociedad de forma complementaria a todas las intervenciones necesarias que permitan mejorar la salud.

Por tanto este modelo de actuación en salud sobrepasa al modelo biomédico, asistencial o tradicional para acercarse a un modelo comunitario, multidimensional o participativo.

El colectivo entrevistado apunta el valor de conocer el entorno donde vive para ajustar las actividades educativas a las necesidades de las personas y a las limitaciones del contexto. En relación con lo anterior la literatura valora este enfoque señalando que sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud (Briceño, 1996). Conocer a la persona implica para el autor conocer sus creencias, sus hábitos y roles y sus circunstancias. Considerar las circunstancias de las personas implica considerar también las circunstancias socio-económicas, identificando las posibilidades de acción individual-familiar y con ello adaptar la estrategia educativa. Desde este punto de vista la atención domiciliaria permite identificar el microambiente de la vivienda, los servicios de la vivienda y sus alrededores. La influencia de las condiciones financieras de las familias o la disponibilidad de recursos sociales aparece en los discursos del colectivo entrevistado como factores que dificultan a algunas familias el seguir algunas recomendaciones, sobre todo cuando éstas tienen un coste económico.

En general los discursos apuntan a la consideración de la educación para la salud como parte esencial de la intervención de fisioterapia en el domicilio. En el desarrollo de las entrevistas, profesionales de las distintas disciplinas sanitarias y sociales valoraron especialmente el valor de la educación, centrando sus argumentaciones en las necesidades de las personas ubicadas en el domicilio y quienes les cuidan. Para muchos, la educación y consejos en relación a cuestiones ergonómicas o prácticas sencillas en la atención continuada de las personas ubicadas en el domicilio hace necesario un mayor desarrollo de estrategias formativas en el centro de salud lideradas por el colectivo de fisioterapeutas. Apuntan algunos al valor de la intervención domiciliaria por este colectivo pues permite una continuidad y seguimiento en las actividades educativas

contextualizadas que de otra forma se verían limitadas. Aunque los aspectos preventivos forman parte de la consideración de la fisioterapia desde las primeras conceptualizaciones formales, sólo en los últimos años se le otorga de forma pública el mismo valor que a las intervenciones terapéuticas. De esta manera, como se ha visto en el primer capítulo, la definición de la Confederation for Physical Therapy (WCPT) de 1967 o la conceptualización de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) de 1999 incluyen específicamente los aspectos preventivos y educativos de la intervención de fisioterapia.

Otras asociaciones como la Asociación Australiana de Fisioterapia (APA, 2004) insiste en que la fisioterapia implica un enfoque holístico a la prevención, diagnóstico y terapia encaminado a optimizar la función, facilitando la salud y el bienestar de la comunidad desde una perspectiva individual y comunitaria. La práctica de la fisioterapia está basada en un proceso de razonamiento clínico, incluyendo de forma particular *“el empoderamiento de las personas a nivel individual como pacientes y cuidadores, o de la comunidad a través de la educación”* (APA, 2004, p. 1). Sin embargo, la propia Confederación Mundial de la Fisioterapia reconoce que los intereses de los sistemas sanitarios han priorizado el desarrollo de la Fisioterapia basados en la curación o la rehabilitación y no tanto en los procesos de promoción de la salud o prevención de la enfermedad (WCPT, 2003).

Los discursos cuestionan el deficiente desarrollo percibido de la intervención educativa desde la Fisioterapia en Atención Primaria, especialmente teniendo en cuenta la relación que establecen de la intervención terapéutica de la fisioterapia con las consecuencias de los estilos de vida y los hábitos no saludables susceptibles de una estrategia preventiva. El rol educativo del colectivo de fisioterapeutas es uno de los aspectos más frecuentemente señalados en referencia a sus actividades en el domicilio. La actividad educativa incluye el asesoramiento a otros miembros del equipo de salud, facilitando el desarrollo de un proceso compartido centrado en las necesidades de la persona.

Estas actividades están contempladas en la normativa que recoge la ordenación de funciones del colectivo de fisioterapeutas en Atención Primaria y en la literatura (INSALUD, 1991; Medina, 1992; Gallego y Francisco, 1995; Torres, 1997). La Circular 4/91 de 25 de febrero explicita que el 30% de las actividades de fisioterapia se han de distribuir en diversas actividades fuera de la sala de fisioterapia incluyendo la promoción de la salud. Más específicamente, en relación a la fisioterapia en la atención domiciliaria, se señala en el punto 10.5 de la Circular que el colectivo *“realizará también labores de adiestramiento de la familia o entorno respecto a la fisioterapia a aplicar al paciente y asesorará al resto del personal que lo atiende desde el punto de vista fisioterápico”*. Sin embargo, los autores señalan el incumplimiento de esta normativa ante la presión asistencial en las unidades de fisioterapia y los recursos limitados para atender a la demanda (Escobar et al 2002).

El colectivo entrevistado apunta en algunos discursos la consideración de que las actividades de formación en competencias disciplinares de fisioterapia a otros grupos profesionales, puede facilitar a corto plazo una atención a las necesidades de este servicio que las personas presentan en su domicilio. Sin embargo, trasladar determinadas responsabilidades en la atención de unos a otros grupos profesionales no parece una opción exenta de conflictos. Apuntan en este sentido algunas personas entrevistadas los efectos negativos para otros grupos profesionales, que han de pagar con un incremento en sus funciones la política restrictiva de recursos humanos de fisioterapia. Subyace también de estos discursos la percepción de la fisioterapia como un conjunto de actividades de diversa complejidad, donde las más sencillas pueden ser fácilmente delegables. Finalmente, estas estrategias evidencian no sólo la consideración de la fisioterapia sino también el valor otorgado a una comunicación que sin embargo se considera también deficiente entre los miembros del equipo.

La intervención educativa en la atención domiciliaria permite según el colectivo entrevistado múltiples ventajas para la persona ubicada en aquel entorno y quienes le cuidan, pero también el sistema sanitario en general. Consideran que es una intervención que ha de buscar la autorresponsabilidad de las personas por su salud, permitiendo una reducción de las visitas en comparación con las intervenciones exclusivamente centradas en la terapéutica. Esta percepción aparece especialmente en las referencias al desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, llevando a algunas personas a posicionarse en la consideración de esta intervención como exclusivamente educativa. Emergen distintas miradas en relación a una intervención domiciliaria con la figura de fisioterapeuta únicamente como educativa, iluminando algunas perspectivas que ven en esta estrategia una contención al efecto llamada que un servicio público de fisioterapia domiciliaria puede provocar en la población. Emerge así la consideración en algunos discursos de que una intervención de fisioterapia exclusivamente educativa puede transformarse en un reto asumible para la administración ante la reducción de recursos humanos de fisioterapia que implica, obviando con frecuencia los efectos del traslado de la responsabilidad en la atención en salud de la administración sanitaria al entorno domiciliario.

Las dificultades en el desarrollo de las actividades educativas en el entorno domiciliario, así como su insuficiencia para llegar a algunos factores que inciden en la salud, citados de forma generalizada, podrían también influenciar la perspectiva exclusivamente educativa de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria. Atendiendo a los relatos, aspectos comunes son la desmotivación o frustración de las personas dependientes en el domicilio, el aislamiento en que viven o la presencia de personas para el cuidado incapaces de asumir una mayor carga. Para Briceño (1996) la estrategia de educación para la salud reconoce que nadie puede cuidar la salud del otro si este no quiere hacerlo por si mismo. Sin embargo, también apunta que múltiples determinantes pueden influir en los resultados de las intervenciones, en ocasiones denominados por el colectivo profesional como una falta de implicación por parte de las familias. Estableciendo

una mirada más profunda a la cuestión de la libre elección de las personas en referencia a sus salud, aparece también en la literatura un análisis desde un punto de vista ético en esta relación. Aún considerando que existe una responsabilidad personal en el autocuidado y la prevención de riesgos, el reto pasa según algunos autores por determinar cuando los riesgos para la salud dependen de acciones estrictamente voluntarias (Wikler, 2004). Se puede entender por tanto que algunos comportamientos o la falta de éstos son la punta del iceberg de situaciones la situación económica, educativa, emocional o social. Estos elementos pueden subyacer en comportamientos que en una visita educativa domiciliaria descontextualizada e individualizada pueden pasar desapercibidos y denominados superficialmente como falta de implicación y motivación.

Por ello, una estrategia centrada en consejos individuales ha de ser valorada en una justa medida, sin sobrevalorar los efectos en situaciones o condiciones poco favorables. La educación en cuestiones referentes a la salud corre el riesgo de ser utilizada el sistema de salud como un mecanismo de responsabilización exclusiva de las familias por su cuidado y al tiempo de reducción de responsabilidades y costes del sistema sanitario. La literatura ya recoge cuestionamientos éticos en referencia al abuso de la educación para la salud entendido como estrategia que facilita el reparto de recursos sanitarios insuficientes y un control social. Se apunta con ello consideración de la educación para la salud como una intervención a la que pueden asociarse otras funciones y usos (Gastaldo, 2002). Desde esta perspectiva, las bondades de la educación para la salud en la fisioterapia domiciliaria se transforman en algunos discursos en un mecanismo de reducción de costes y de traslado de la responsabilidad en salud a las familias, realizando un perverso análisis de las ventajas de la educación y obviando las limitaciones de este tipo de intervención. La organización de los servicios sanitarios así entendidos puede colocar al colectivo profesional en la disyuntiva de negar a la persona que lo necesita la intervención más adecuada y para la cual se haya preparado, pero que la organización y los deficientes recursos puede limitar (Purtilo, 1988).

9.8 DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA VERSUS IMPLANTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA A DOMICILIO

Las perspectivas del colectivo entrevistado sobre la fisioterapia en el domicilio incorporan una visión contextualizada del desarrollo de la misma en Atención Primaria. La postura de mayor coincidencia entre el colectivo entrevistado refleja la consideración la fisioterapia domiciliaria como una parte integrada en la Atención Primaria domiciliaria, compartiendo con ésta las características esenciales. Esta consideración del escenario compartido es manifestado también como un deseo en la organización del servicio en un futuro en el contexto de Mallorca.

Las necesidades percibidas por el colectivo profesional entrevistado, así como sus expectativas, parecen relevantes para la organización de nuevos servicios que han de contar con un rol activo de los equipos de salud. Señala Martín (2003, p. 94) que *“antes de definir o estructurar cualquier servicio o mecanismo organizativo es necesario conceptualizarlo”*, lo cual facilita y orienta la posterior organización en el contexto. Para una conceptualización de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en Mallorca, la percepción de los destinatarios a quienes van dirigidas las acciones es fundamental, pero también las perspectivas del colectivo encargado de desarrollarlos y con quienes han de compartir espacios y prácticas. Para MacColl (2003), los modelos conceptuales y los modelos de práctica ayudan a definir los caminos para pensar y los caminos para actuar. De forma ideal debería haber relaciones entre los modelos conceptuales y los modelos de práctica, de forma que la perspectiva de la práctica debería estar conectada con las ideas conceptuales sobre las cuales están basadas.

Apuntan los discursos la percepción de una potenciación necesaria del escenario tradicional de la atención domiciliaria, con la incorporación de recursos económicos, materiales y de personal. Coinciden con la literatura al referirse al

papel de la Atención Primaria con la familia y la comunidad, para recordar que es el nivel mejor preparado para asumir este papel, evitando crear niveles intermedios centrados en la enfermedad que no pueden dar respuesta de forma longitudinal e integral. En palabras de Espinosa y de la Revilla (2002, p. 226): *“la visita domiciliaria, que es una actividad propia de la Atención Primaria, adquiere un enfoque nuevo cuando se utilizan los conceptos y técnicas de la atención familiar.”*

En este sentido, Véras et al. (2004, p. 171) apuntan a la importancia del abordaje de fisioterapia desde una perspectiva familiar, señalando que *“las visitas domiciliarias deben tener un abordaje familiar, no centradas en el individuo afectado por alguna enfermedad, sino repartir la responsabilidad de la intervención con todos los miembros, buscando soluciones más eficientes y próximas a la realidad de la familia”*. En el caso de la fisioterapia en Atención Primaria, reforzar este enfoque implica proporcionar recursos materiales y sobre todo humanos que puedan facilitar el desarrollo de esta actividad sin las tensiones que ésta puede generar. Esta perspectiva general pone de manifiesto la percepción de esta estrategia como un sistema organizativo que facilita compartir con el resto del equipo interdisciplinar la responsabilidad de la atención en salud desde triple perspectiva individual, familiar y social en el domicilio de la persona. Sin embargo, paralelamente se refleja en sus relatos un nivel bajo de confianza en una voluntad política que escuche las perspectivas de los equipos de salud y apueste por un incremento de recursos humanos, especialmente si el colectivo pertenece a los equipos de apoyo.

Esta percepción, junto con la consideración de que no se ha de modificar el *status quo* actual del colectivo de fisioterapeutas en los centros Atención Primaria, llevan a una parte del colectivo entrevistado a considerar la implantación de un servicio de fisioterapia domiciliaria para la realización de esta atención exclusivamente. Estos equipos constituidos por grupos de fisioterapeutas contratados por Atención Primaria para la atención domiciliaria o mediante un

proceso de externalización de este servicio, son considerados en algunos discursos como más efectivos en el control de la demanda, más especializados en las patologías más comunes de las personas ubicadas en el domicilio o más ágiles en las intervenciones. Sin embargo, este modelo de fisioterapia domiciliaria o fisioterapia a domicilio, encaja con una atención de tipo vertical, más propia de la atención especializada, donde la demanda se genera a partir de la patología y donde el entorno domiciliario representa el espacio físico de la intervención especializada (Hale, 2004).

Algunos autores coinciden en señalar que los sistemas de atención domiciliaria exclusiva poseen entre sus puntos débiles la coordinación con otros recursos comunitarios y sociosanitarios (De la Revilla y Espinosa, 2003). Para otros supone además una fragmentación de la continuidad en la atención señalando Contel y Gené (1999, p. 1) que *“para conseguir que el servicio sea plenamente satisfactorio para sus usuarios, es preciso que exista una buena continuidad asistencial, lo que supone un grado elevado de personalización, y que se evite la fragmentación de servicios que suele ofrecer la atención especializada”*. Mientras, en un punto extremo en los discursos aparece la consideración de que aún considerándolo necesario, el exceso de demanda y la baja calidad percibida de la atención domiciliaria actual son motivos para no desarrollar este servicio hasta que se hayan mejorado las condiciones de la atención domiciliaria en general. Para otras personas entrevistadas, las personas más frágiles no pueden esperar, mostrando la percepción de una necesidad acuciante de este servicio y recomendando un inicio del servicio al menos para atender a las situaciones más urgentes.

Sacan a la luz las implicaciones para las personas de la ausencia de una intervención pública de fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria, especialmente para aquellas cuyos recursos no les permiten costear el acceso a la sanidad privada. Parece por tanto, que el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria supone una oportunidad y un reto a los gestores para

reorganizar, priorizar y revalorizar la atención domiciliaria como un derecho de salud de la ciudadanía. Por todo ello, se pone de manifiesto que el desarrollo de un nuevo servicio requiere una planificación cuidadosa, más centrada en la integración que en la segregación.

En los discursos aparece con frecuencia la necesidad de organizar el desarrollo de la fisioterapia de forma que permita llegar a las necesidades de la población y al tiempo encaje en el modelo de Atención Primaria. Un desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria centrado en la patología y no en las necesidades de las personas, aún teniendo bondades para las personas recluidas en su domicilio y para otros agentes que intervienen, parece fragmentar la atención en salud en el modelo en que esta intervención se ubica.

9.9 EDUCACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN, INTEGRACIÓN PARA LA EDUCACIÓN.

Los discursos apuntan a que la intervención domiciliaria requiere el desarrollo de una serie de competencias que permitan intervenir en las complejas y variadas necesidades de las personas, bien de forma directa o bien solicitando la intervención de otras personas. Sacan a la luz algunos relatos la percepción del colectivo entrevistado de carencias en sus currículos formativos sobre las cuestiones relativas al entorno de la atención domiciliaria, pero también sobre los roles y actividades que se pueden desarrollar desde las distintas profesiones que intervienen. De esta forma, aunque el entorno de la atención domiciliaria solicita al colectivo profesional de Atención Primaria una intervención compartida y centrada en las necesidades de las personas, la trayectoria educativa de manifestada por parte de las personas entrevistadas parece estar todavía priorizada en las intervenciones individuales y las disfunciones de la esfera biológica de la persona.

He apuntado en el primer capítulo la conceptualización que la Organización Mundial de la Salud establece en cuanto a la salud, considerándola un estado de completo bienestar físico, mental y social. Minayo (1998) resalta que la salud, como cuestión humana, es existencial y se construye en una problemática compartida por todos los segmentos sociales, siendo el resultado de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y los significados que las personas les atribuyen. De los discursos deriva sin embargo, una consideración de la práctica domiciliaria, donde los servicios de salud han de establecer criterios de acceso centrados en las enfermedades, lo que manifiesta la dificultad de vencer viejos conceptos que relacionan salud a una condición mórbida del organismo. Para otros autores (Wilson, Holt y Greenhalgh, 2001) todavía está presente en la organización y prácticas de salud la concepción cartesiana y fragmentada que considera al cuerpo humano como una máquina y a la enfermedad como un fallo de alguna de sus partes. Con ello, la influencia de diversos determinantes en la salud y la necesidad de acciones coordinadas entre los diversos sectores puede quedar reducido a aspectos secundarios también en la formación, formando parte de la teoría pero no de la práctica.

La percepción de la comunicación entre los distintos profesionales en los entornos multidisciplinares como un elemento clave en la Atención Primaria parece apuntar a la necesidad de un mayor desarrollo de habilidades de tipo interpersonal en la formación de grado y también en la formación continua. Por ello, para Brown (2006) la naturaleza compleja del entorno de la Atención Primaria hace que los profesionales de la salud no puedan confiar que toda la información necesaria para un trabajo interdisciplinar puede ser obtenida en las fuentes de conocimiento específico para cada profesión. Sin embargo, vencer las resistencias que los profesionales ofrecen para cambiar la etiqueta de especialista por la de generalista, incluye un proceso que valore la dimensión multifactorial de la salud y el rol de profesionales en el estudio e intervención en sus distintos determinantes. Sin embargo, todavía hoy la formación de profesionales de salud continúa centrada en

las competencias disciplinares, que paradójicamente tienden a fragmentar el conocimiento en sectores según los grupos profesionales que pueden desarrollarlo en la práctica.

El sistema de Atención Primaria responde a un modelo de atención que permite adaptarse a las necesidades de las personas en un entorno cambiante, pues su orientación está en ellas y no en las enfermedades que padecen. Teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, los retos de cara al futuro pasan por adaptarse a los cambios demográficos y epidemiológicos, el desarrollo científico y técnico, cultural y socioeconómico, prestando atención a los fenómenos de globalización y multiculturalismo (De Maeseneer, 2007). En relación con la educación, para Rocha y Centurião (2007, p. 24) a partir de una concepción ampliada de la salud, o sea, más allá de las bases biológicas, se desprende la necesidad de un nuevo perfil profesional y por ello la *“necesidad de incorporar al proceso formador nuevas formas de concebir, también la educación, principalmente cuando nos referimos a la educación de los profesionales de la salud”*. Desde esta perspectiva, no basta con la posición crítica en cuanto a la relación a la concepción y la práctica de los servicios de salud sino que hay una exigencia en establecer formas de organización que permitan una acción cuidadora integral como derecho de la ciudadanía.

El establecimiento de un perfil generalista para los profesionales de Atención Primaria supone una serie de transformaciones también en el ámbito educativo y en aquellos encargados de la educación. El abordaje centrado en las competencias supone un nuevo marco para el papel del docente universitario, colocando a los estudiantes en el centro de la acción educativa, requiriendo el uso de metodologías activas pero también contextualizadas que permita a los futuros profesionales de salud ejercer su actividad desde una perspectiva transformadora de prácticas cristalizadas por elementos históricos y organizativos. La obra de Paulo Freire destaca que enseñar no es transferir conocimientos sino ser conscientes de participar en un proceso inacabado, donde es necesario reconocer los

condicionamientos históricos y cultural y finalmente también comprender que la educación es una forma de intervención en el mundo (Freire, 1978, Freire, 1990). Por ello, para Giroux (1990) la formación de los profesores debe ir más allá de las cuestiones metodológicas, para tomar conciencia de las implicaciones de los procesos de enseñanza y aprendizaje para la población. La cuestión exige del colectivo de docentes universitarios una reflexión sobre el origen de los modelos de práctica, reconociendo no sólo lo que es, sino en lo que se puede transformar (Giroux, 1990). En este sentido, si la organización de los servicios de salud influye en las prácticas de los profesionales, también estos factores pueden transformarse en modelos de práctica utilizando la educación como mecanismo perverso. Para Öhman y cols (2005) el papel del colectivo de fisioterapeutas - tutores en la formación clínica es muy relevante, pues sus creencias, actitudes y preferencias de éstos pueden influir más al alumnado que el personal docente de las universidades.

Una educación de los profesionales de la fisioterapia que reproduzca y valide sistemas de organización centrados en la patología, que obvie el proceso histórico de la incorporación de la fisioterapia en este modelo de atención o que no incluya una perspectiva crítica en sistema de implantación de la Atención Primaria en situaciones contextualizadas, no sólo no genera ilusión por el papel comunitario del colectivo de fisioterapeutas sino que puede ocasionar una mayor fractura y desintegración de este colectivo profesional en el sistema de salud.

Considerar la salud como el resultado de interacciones en contextos determinados, trae a la educación la perspectiva de la salud comunitaria, donde el valor del equipo supera el valor de una única figura de profesional superespecializado. Ello pone de manifiesto un escenario que requiere profesionales que puedan desarrollar las competencias interpersonales y sistémicas que faciliten la puesta en práctica del trabajo en equipos multiprofesionales (Ven y Vyt, 2007). En este sentido, trabajos como el de Dahlgren y cols (2003) parecen sugerir que los currícula centrados en intervenciones individuales y un modelo de práctica clínica basada

en intervenciones uno a uno, puede llevar al alumnado a identificar estas experiencias con su perfil profesional relacionado únicamente con intervenciones individuales.

La orientación del currículum guiado por las competencias exige una inserción de los estudiantes en escenarios de práctica profesional que permita la realización de actividades específicas pero también una reflexión y comparación con los modelos teóricos. La consideración de competencia como una construcción social y el carácter reflexivo y dialógico en su desarrollo ha de considerarse como una alternativa posible en la formación de profesionales de salud verdaderamente orientados a las necesidades de las personas (Vernaschi, 2005). Recientemente otros estudios apuntan la necesidad de estimular la sensibilización del colectivo de estudiantes sobre los efectos que la discapacidad produce en las personas, lo cual apunta también a la responsabilidad del sistema educativo en el desarrollo de un sistema sanitario más enfocado en la salud que en la patología (Tervo et al, 2004; Stachura y Garven, 2007).

Los aspectos históricos han llevado a muchos gestores a considerar el papel de la fisioterapia en un nivel especializado, limitando la perspectiva generalista que la literatura y el colectivo entrevistado apunta como necesario en el primer nivel de atención (Medina, 1997). Sin embargo, el rol específico y especializado de la fisioterapia ha sido también utilizado en algunos discursos como un mecanismo que justifica su existencia en el primer nivel de atención ante la magnitud de problemas de salud que relacionan con la intervención de este colectivo profesional. Parece por tanto, que la visita de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, puede suponer para los gestores una oportunidad para liderar el desarrollo en el servicio público un tipo de intervención que tradicionalmente se ha desarrollado en el sector privado. Sin embargo, centrar la estrategia en aumentar el número de profesionales o facilitar su desplazamiento al domicilio no implica necesariamente realizar una intervención integral y coordinada, pues como la literatura recoge, modificar los contextos de intervención no

necesariamente va acompañado de un cambio en las prácticas interiorizadas como propias de su rol profesional (Seymour y Kerr, 1996). Es necesario según la literatura un cambio de orientación hacia los modelos de intervención comunitaria, y no sólo un cambio en el entorno de la atención (Barros, 2002).

Los discursos de los participantes iluminan la cuestión del uso del lenguaje. La terminología empleada para referirse a las personas en su domicilio hace mención con frecuencia a términos referentes a patologías, como “ACV”, a situaciones de dependencia como “encamados”, o a la relación asistencial establecida como “el abuelito”. En cuanto al contenido profesional y disciplinar, los fisioterapeutas, las fisioterapeutas y la fisioterapia han sido utilizados muy frecuentemente en los relatos denominaciones como “los fisios” o la “fisio”. Esta terminología frecuente en las citas y argumentaciones, requiere un análisis crítico del uso del lenguaje en los entornos de salud y pero también en los educativos. Para Paulo Freire, el uso de la terminología no ha de ser entendido únicamente como una cuestión lingüística o cognitiva, sino que sirve de referencia para el análisis es el proceso histórico, social y de compromiso (Freire, 1978). Por ello, el método educativo debe incorporar un proceso de búsqueda de cambio donde las personas reflexionen sobre su lenguaje, sus prácticas y maneras de entender el mundo (Brandao, 1986). El lenguaje en la educación está condicionado por el paradigma de salud subyacente, por lo que en la perspectiva de Giroux (1990) ha de entenderse el lenguaje como el producto y no como el medio. Este producto está condicionando por un *“marco teórico específico y en último término por medio de las relaciones sociales, políticas e ideológicas a las que apunta y que él legitima”* (Giroux, 1990, p. 42).

A la luz de la literatura y los discursos reflejados en este trabajo, no parece arriesgado apuntar que el proceso de reforma de la Atención Primaria es un proceso inacabado para la fisioterapia pero también para los demás miembros de los equipos de salud. Los discursos del colectivo entrevistado sacan a la luz la percepción de la necesidad de un perfil profesional en Atención Primaria

orientado al trabajo en equipo para la realización de la atención en salud en el contexto actual. El trabajo en solitario se presenta no sólo como insuficiente, sino también insatisfactorio, pues los resultados de las intervenciones dependen de la intervención de múltiples agentes. De esta forma, aunque tienden a valorar el trabajo interdisciplinar en sus discursos, el cambio desde unas prácticas orientadas de forma individual a un trabajo interdisciplinar requiere según el colectivo entrevistado voluntad personal y cambios organizacionales, mencionando apenas las influencias educativas. De la misma manera, el modelo de Atención Primaria supone además un cambio de rol en el colectivo profesional donde prima la perspectiva intersectorial, cuyo desarrollo parece complejo a la luz del actual modelo de prácticas y organización señaladas en los relatos. Para diferentes autores, esta intersectorialidad ha de empezar también en la formación, donde el entorno educativo puede estimular este proceso estableciendo estrategias intersectoriales entre la universidad y otros sectores (Calvo et al, 1999, Salmaso y Batista, 2003; Ballesteros et al, 2006). En este sentido, para Rocha y Centurião (2007) la formación contextualizada ha de ser revalorizada, considerando como entornos de aprendizaje no sólo el ambiente educativo o de la institución sanitaria, sino aquellos espacios en que las personas viven y manifiestan sus necesidades en salud. Distintos profesionales de salud y sociales, estudiantes de fisioterapia y otras disciplinas, necesitan aprender a salir de su propio marco de referencia, de modo que pueda poner en tela de juicio la legitimidad de las situaciones como la limitación de acceso a la salud a las personas.

Parece a raíz de los discursos, que más de veinte años de Atención Primaria en nuestro país no han sido suficientes para una plena integración de la fisioterapia en este modelo de atención. Incrementar el número de profesionales no ha servido para un desarrollo acorde al modelo de organización y a las necesidades que debe enfocar, tal como la literatura ya recogía en los primeros años de esta incorporación (Gallego y Francisco, 1995; Medina, 1997). De esta manera, muchas de las funciones que teóricamente debían realizar con y para la comunidad desde este ámbito no se están desarrollando implicando también un

elemento de riesgo para una concepción tergiversada de las futuras generaciones sobre la fisioterapia en Atención Primaria. Se ha discutido a lo largo del primer capítulo algunas de las dificultades en su desarrollo en el sistema de Atención Primaria que son apuntadas también en los discursos. Estas dificultades en la integración de la fisioterapia en Atención Primaria no son exclusivas de nuestro país ni los fisioterapeutas, sino que aparecen también en otros contextos (WCPT, 2003; Stewart et al 2007). Por ello, las aulas universitarias han de ser algo más que simples lugares de reproducción social y cultural en relación a la salud, implicando una comprensión crítica de la realidad social, política y económica.

El aprendizaje emancipatorio así entendido (Freire, 1990; Schön 2002; Chinn y Kramer 2007) ha de llevar a estudiantes y profesionales a identificar la importancia de los paradigmas que subyacen en las intervenciones de salud y los problemas que surgen, cuestionando las tradiciones en el enfoque sanitario. La redefinición de los problemas identificados por los profesionales en sus discursos revela las complejas conexiones entre lo que sucede en las aulas y la forma en que organizan los sectores sociales, sanitarios o económicos. Las acciones parecen orientarse a un cuestionamiento por tanto de los paradigmas que subyacen y su influencia en la organización de servicios y no sólo a los aspectos visibles en las prácticas cotidianas iluminando desde otra perspectiva las cuestiones relacionadas con la justicia social. En este sentido, para Wikler (1997) la formación debe incluir una educación en cuestiones bioéticas que supere los códigos de conducta o los dilemas profesionales para incluir también una reflexión crítica sobre los valores en que se apoya el sistema sanitario. Estos valores han de ser además explícitos en las políticas que orientan la organización y las prácticas en salud (Romanow, 2002)

Los discursos del colectivo entrevistado apuntan a dificultades comunes para los diferentes grupos profesionales que realizan intervenciones domiciliarias, afectando todos ellos su organización y los cambios. Ya existen experiencias en el entorno nacional y europeo donde diferentes profesionales, desarrollan informes

conjuntos sobre cómo les afectan las reformas del sector salud, apuntando las recomendaciones que el colectivo hace a los legisladores y planificadores del sector sanitario (CSP-RCM, 2006). Parece por ello que corren tiempos en la Atención Primaria para que el colectivo de profesionales de los equipos de salud supere sus especificidades para buscar alianzas y los encuentros. En relación a la fisioterapia, parece necesario también asumir un liderazgo, implicando un compromiso y responsabilidad que oriente los servicios de fisioterapia a una integración en un espacio compartido (Sanz, 2004; Abril, 2006; AEF, 2007).

Los discursos apuntan diferencias entre lo ideal de la atención domiciliaria y las realidades de su actividad cotidiana. El cambio de estrategia apunta a incorporar la perspectiva de la ciudadanía y sus necesidades sentidas y expresadas cuestionando incluso el papel colectivos profesionales coyunturalmente ubicados en el nivel de apoyo. Cabe entonces preguntarnos ¿estamos los distintos colectivos docentes y profesionales preparados para visualizar equipos de salud orientados a las necesidades de salud sentidas por la población? ¿estamos preparados para valorar con más ahínco el perfil generalista del colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria?, ¿Estamos preparados para participar en la formación de profesionales que ubiquen su función y sus prácticas más allá de la estructura física del centro de salud?, ¿estamos preparados para colaborar en la transformación hacia una fisioterapia verdaderamente integrada en la Atención Primaria y la atención domiciliaria?.

Han apuntado algunos discursos la consideración de la fisioterapia en la Atención Primaria y más específicamente en la vertiente domiciliaria como un lujo. De la misma manera parece que el enfoque comunitario ha sido también un lujo en la formación de profesionales de la fisioterapia donde gran parte del currículum se enfoca a una perspectiva individual de la atención (Montull, 2004). La visibilidad de los aspectos comunitarios y del primer nivel de atención ha sido escaso hasta épocas recientes, a lo que el Título de Grado en Fisioterapia (Rebollo, 2004) ha supuesto un impulso al ubicarlo en los contenidos formativos comunes.

Sin embargo, aunque los cambios de currículum en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior pueden suponer un impulso a esta perspectiva, es necesario llevar la reflexión, la crítica y la transformación más allá de la exclusividad de determinadas asignaturas o cursos de especialización, impregnando todo currículum de una orientación que supere definitivamente la herencia biologicista en referencia a la salud. La manera en que estos currícula se articulen en las universidades no sólo va a determinar las prácticas en las aulas, sino que puede comprometer el futuro de la fisioterapia en su labor de contribuir a una sociedad más saludable y feliz.

10. CONCLUSIONES

Este capítulo sintetiza las conclusiones más importantes derivadas de la cuestión de la investigación, anticipando las consideraciones finales e implicaciones de este estudio que presento en el siguiente capítulo.

La intervención de fisioterapia en el domicilio es considerada en general como parte integrante del sistema de Atención Primaria. A esta intervención le otorga el colectivo entrevistado las características conceptuales de este modelo de atención, compartiendo su filosofía y sus valores. Sin embargo, la organización de este servicio es descrita desde varias perspectivas, que apuntan no sólo a diferentes formas de entender la organización de la Atención Primaria en general, sino también las prácticas domiciliarias y las necesidades en salud de la población en su conjunto. La organización de la fisioterapia en el domicilio trae a los discursos la percepción de una necesidad de mejorar la atención en el entorno domiciliario, otorgando mayor valor a las estrategias ubicadas en el marco de la Atención Primaria.

Fue posible observar en este trabajo como la atención domiciliaria es vivida de distinta manera por el colectivo profesional entrevistado, apuntando factores que influyen en su desarrollo y con ello en sus resultados y niveles de satisfacción. Entre los factores señalados destacan los aspectos relacionados con el contexto en que se realiza la atención domiciliaria, incluyendo las condiciones en que viven las familias, la disponibilidad de recursos de apoyo formal o informal o la coordinación con otros agentes que ocupan el espacio domiciliario. Estas vivencias son utilizadas para describir el marco en que podría desarrollarse la fisioterapia en el contexto estudiado, incidiendo en sus relatos en los aspectos de comunicación interprofesional. Sin embargo, los discursos ponen de manifiesto que esta comunicación es deficiente también en el centro de salud, en especial con profesionales de los equipos de apoyo, y en mayor medida con los que no se hallan ubicados en el mismo centro de salud.

Ello ilustra el desarrollo de prácticas independientes, que se ponen de manifiesto en la forma en que las actividades de otros grupos profesionales son descritas y en las expectativas sobre las mismas. La consideración de la comunicación y la colaboración como aspectos que dependen de las personas, lleva al marco de lo personal cuestiones que en el enfoque de la Atención Primaria se apuntan en relación con el rol y la responsabilidad profesional, restando valor en sus discursos a cuestiones educativas u organizacionales.

La dificultad para conceptualizar la intervención de fisioterapia, así como las expectativas sobre la misma, evidencia el desconocimiento y la deficiente integración de la fisioterapia en el sistema de Atención Primaria en Mallorca, trayendo a los discursos la consideración de una falta de priorización tanto por este tipo de intervención, como por las personas usuarias de este servicio. Las personas ubicadas en el domicilio, son referidas como personas mayores y dependientes, especialmente vulnerables y en ocasiones invisibles al sistema sanitario, apuntando en sus discursos cuestiones relacionadas con desigualdades en salud evitables.

La percepción de la necesidad de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria es reflejada de forma particular en referencia a estos grupos de personas más frágiles, apuntando la inequidad de un sistema que no responde según el colectivo entrevistado a las necesidades en salud de este grupo poblacional. Reflejan con ello el papel del colectivo profesional de Atención Primaria en la identificación de las situaciones de riesgo y la anticipación a las demandas de la población al sistema sanitario, apuntando características del nivel primario de atención como el primer contacto, la accesibilidad y longitudinalidad.

La atención domiciliaria es considerada en general como un derecho de la ciudadanía y un deber del sistema sanitario. Apuntan sus discursos que no sólo permite una continuidad en la atención sino que es una intervención necesaria para que el propio colectivo profesional de Atención Primaria pueda desarrollar valoraciones integrales e intervenciones contextualizadas. Sin embargo, destaca la

percepción de que la tendencia demográfica, familiar y sociosanitaria exige al colectivo profesional un mayor esfuerzo en un tiempo limitado para este tipo de intervención, justificando algunos discursos una delimitación mayor en este servicio.

Fue posible observar diferentes perspectivas en cuanto a las necesidades de las personas en el domicilio, las cuales fueron utilizadas para describir las características de las prácticas a desarrollar, los profesionales que han de intervenir y la justificación del desplazamiento. La integralidad en la atención o la intervención centrada en la persona aparece citada en sus relatos aunque la descripción de sus prácticas hace referencia con frecuencia a la patología o a sus consecuencias. La particular organización de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca y su relación con la atención especializada provoca una división de la demanda en función de las denominadas como “patologías de primaria” y “patologías de especializada”. Ello lleva a algunas personas entrevistadas a mostrar dificultades para identificar las personas destinatarias de la atención de fisioterapia en el domicilio. Aunque algunos discursos justifican un sistema que trata de responder al déficit de fisioterapia en la Atención Primaria, emergieron en general perspectivas críticas al mismo por fomentar una visión fragmentada de la Atención Primaria.

La intervención domiciliaria coloca a los diversos grupos profesionales en una diferente posición a la vivida en una consulta, lo cual requiere de ellos competencias especialmente de tipo interpersonal y sistémico. La descripción de las actividades a desarrollar por el colectivo de fisioterapeutas en el entorno domiciliario saca a la luz el alto valor otorgado a la fisioterapia en el marco de la Atención Primaria, pero también una perspectiva generalista de su intervención. Las personas que ejercen el cuidado principal de la persona que origina la demanda, son consideradas como un recurso de continuidad de la atención de fisioterapia, pero también como un grupo susceptible de una atención específica debido a la sobrecarga emocional y física que sufren.

La crisis en el cuidado de tipo informal es señalada por el colectivo entrevistado, apuntando los efectos para las personas dependientes pero también para sus actividades profesionales. La disponibilidad de recursos de apoyo informal en las visitas domiciliarias es apuntada en general mencionando diferencias entre zonas rurales y urbanas. Sin embargo, apuntan una tendencia hacia la situación ya vivida en la capital y núcleos urbanos mayores, donde el cuidado informal ha pasado en muchos casos a otras personas del ámbito formal. Como nuevas figuras en el entorno domiciliario señalan a personas contratadas, con frecuencia mujeres inmigrantes y a profesionales de trabajo familiar de los servicios sociales, a quienes algunos discursos atribuyen una responsabilidad en la continuidad en el cuidado similar a la tradicionalmente atribuida al núcleo familiar. Ello saca a la luz la existencia de diferencias en la percepción del papel de los diferentes profesionales en el ámbito formal, así como las actividades a desarrollar y con ello la posible colaboración con la intervención de fisioterapia en el domicilio. Apuntan los discursos a dificultades en el desarrollo de una estrategia intersectorial en la atención en salud enfocada a una atención domiciliaria sociosanitaria, mostrando con sus vivencias las consecuencias para las personas dependientes y quienes les cuidan.

Las actuales condiciones para la realización de las visitas domiciliarias percibidas por el colectivo entrevistado llevan a algunas personas a plantear una nueva organización de la atención domiciliaria. Hacen referencia de forma minoritaria a una separación de la atención domiciliaria como parte de las funciones del colectivo profesional de Atención Primaria, que les permita desprenderse de la carga añadida que supone. Aunque postura general del colectivo entrevistado es no renunciar a su faceta familiar y comunitaria, la percepción general incide en reconocer una necesidad de cambio de las condiciones que pueden llevar al colectivo profesional a ubicarse en posiciones contrarias a la filosofía y las actividades a desarrollar en el nivel de salud la que pertenecen.

Las consideraciones de la fisioterapia y las perspectivas del desarrollo de la atención domiciliaria en el contexto actual son llevadas a los discursos para establecer el desarrollo de la atención de fisioterapia en la atención domiciliaria. La tendencia general manifestada por el colectivo entrevistado es la de reforzar la atención domiciliaria en su conjunto, integrando la fisioterapia como un pilar más de esta intervención. Señalan en sentido amplio el establecimiento de una estrategia sociosanitaria, que implique no sólo a las prácticas de los colectivos profesionales, sino que apuntan al diseño de políticas intersectoriales dirigidas a los determinantes de la salud que influyen en la calidad de vida de las personas.

En referencia al desarrollo de fisioterapia en la intervención domiciliaria, emerge en los discursos con frecuencia la cuestión la demanda, los recursos necesarios y sus costes. La consideración generalizada de que el servicio de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria no podría iniciarse sin los recursos necesarios, y la percepción de que estos recursos no serán suficientes, lleva a una parte del colectivo entrevistado proponer estrategias de limitación a este servicio. Entre estas estrategias señalan el establecimiento de protocolos específicos como un mecanismo para filtrar la demanda así como frenar las expectativas que el servicio pueda despertar en la población. Las actividades denominadas en los discursos como educación para la salud o asesoramiento a otros profesionales son planteados en ocasiones como mecanismos de rentabilización de recursos. Los riesgos de estas estrategias de limitación son apuntadas en otros discursos emergiendo su contraposición con una atención accesible y adecuada a las necesidades de las personas.

El control de la demanda y la consideración de la atención domiciliaria como una intervención específica lleva a algunas personas a plantear el desarrollo de la fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria mediante equipos móviles específicos, lo cual es visto como una posibilidad de implementar un servicio sin modificar el status quo de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca. Esta estrategia es percibida sin embargo por una gran parte del colectivo entrevistado como una fragmentación de la atención domiciliaria, una posible

fuentes de conflictos interprofesionales y un riesgo para una atención que deriva de la filosofía de Atención Primaria de Salud. En general, fue posible percibir una preferencia para un desarrollo de la fisioterapia domiciliaria desde Atención Primaria, en relación con los centros de salud y con profesionales de este sistema, valorando el estudio de su implementación como una posibilidad de reestructurar y mejorar la atención domiciliaria actual permitiéndoles atender más satisfactoriamente las necesidades de las personas.

11. CONSIDERACIONES FINALES Y PROPUESTAS DE FUTURO

El desarrollo de este proyecto de investigación se ha desarrollado paralelamente a un proceso reflexivo que acompañó el camino investigador, llevándome en ocasiones a paisajes clarificadores y en otras ocasiones a nuevos entornos de incertidumbre. Algunas de estos cuestionamientos y reflexiones han constituido una parte esencial en el desarrollo de este trabajo, obligándome a clarificar mi posicionalidad como investigadora, lo cual es además una de las características de la investigación cualitativa (Denman y Haro, 2000). En este tipo de investigación se considera relevante la experiencia profesional de la persona que investiga, su ideología de base, su situación emocional subjetiva y la naturaleza de sus contactos, y acepta que todos estos aspectos moldearán en buena medida su apreciación del problema y condicionarán la calidad de sus datos. Por ello, profundizar en este tema me ha implicado adentrarme en el mundo de las consideraciones, perspectivas y percepciones de aspectos como la Atención Primaria de Salud, la Fisioterapia, la intervención domiciliaria, el trabajo interdisciplinar, el rol comunitario de los profesionales de Atención Primaria, la equidad en salud, la accesibilidad a los servicios y los derechos en salud de la ciudadanía.

Sin embargo, mi trayectoria formativa, mis experiencias profesionales y personales no sólo no se separaron de esta investigación, sino que han formado parte de ella, tanto por la temática como por la fundamentación teórica y la metodología escogida. Los resultados de este trabajo por tanto, han ido más allá de la recogida de manifestaciones de profesionales, sino que también me han involucrado personal y emotivamente. Creo necesario por tanto, compartir estas consideraciones y reflexiones que permitan una mirada más amplia no sólo a los resultados de la investigación sino también a las implicaciones que de ella derivo. El siguiente apartado incluye algunos de estos aspectos, que habiendo surgido durante el proceso de investigación no se hayan explícitos en los objetivos previamente planteados.

11.1 REFLEXIONES FINALES

Tal y como se ha indicado en el primer capítulo de este trabajo, mi posicionalidad inicial como investigadora estaba fuertemente influenciada por las cuestiones relativas a la educación en fisioterapia pero también desde los valores éticos que subyacen en la consideración pública de los sistemas de salud, en particular en lo relativo a la Atención Primaria de Salud. Desde esta perspectiva realicé el diseño de la investigación apoyándome en una perspectiva teórica que parecía acompañarme a mi proceso de búsqueda. He de reconocer sin embargo, que en ocasiones la teoría parecía alejarse de mi perspectiva de la investigación, y más que una ayuda se estaba convirtiendo en un lastre del que me hubiera gustado desprenderme. Los aspectos más tradicionales de la teoría crítica, como la particular visión del poder y la opresión no parecían aliarse conmigo. Sin embargo, he podido percibir que la teoría no es un corsé en el cual la investigación ha de encajar. La teoría me ha ayudado, me ha dado herramientas para adentrarme en el camino a explorar, me ha facilitado unas lentes con las que observar el objeto estudiado, pero también me ha mostrado su limitación - o mi limitación - para la interpretación de algunos aspectos puntuales que empezaban a emerger de las entrevistas. De esta forma, he podido percibir la complejidad del tema explorado y las diferentes miradas que hacia éste se pueden dirigir, las cuales no hacen sino incrementar la iluminación del escenario de la atención domiciliaria, sus actores y actrices.

En lo referente al trabajo de campo, uno de los aspectos más complejos fue la selección de las personas más adecuadas para participar en esta investigación. Fue complejo definir quiénes debían participar y por qué debían participar. Pero también lo fue el conseguir que las personas seleccionadas estuvieran además dispuestas a que se le entrevistase. A pesar de ello, he de decir que la mayor parte de las personas contactadas pudo finalmente participar y quienes finalmente no pudieron participar fueron sustituidos por otros de similar perfil. Muchas de estas

personas cambiaron sus agendas personales y algunas se desplazaron distancias considerables motivadas por el hecho de explicitar sus experiencias personales y aportar conocimiento a un tema que consideraban relevante. Esta implicación desinteresada del colectivo entrevistado ha sido sin duda uno de los elementos emotivos personales durante la investigación. Mostraban en sus discursos sus preocupaciones, su sobrecarga laboral y personal, las ansiedades vividas en el domicilio o su insatisfacción profesional. Y a pesar de todo ello, estaban allí. Hablando de su trabajo en su tiempo personal. Sin esperar contraprestación alguna.

Al finalizar las sesiones de entrevista el colectivo participante se sintió en general satisfecho y agradecido por el hecho de interesarme por su experiencia y explicitar sus dificultades en el desarrollo de la atención domiciliaria. Al finalizar las sesiones de entrevista fue generalizado el interés por conocer los resultados del estudio en cuanto se hayase terminado, agradeciéndome todos ellos el haber sido elegidos para participar. Mi compromiso pues, con todos ellos, no sólo es finalizar este trabajo, sino garantizar su difusión en los entornos más convenientes para los equipos de Atención Primaria y colectivos de otros ámbitos.

Como he dicho, algunas personas inicialmente seleccionadas respondieron negativamente a la invitación, señalando de forma espontánea uno o varios motivos por los que no participarían. Entre los motivos para no participar, sin duda el más citado ha sido la no disponibilidad de tiempo, generalmente en relación a las exigencias del trabajo, a los compromisos familiares o a la asistencia a formación complementaria. Los menos, señalaron la consideración que no tener nada que aportar al tema o bien rechazar la colaboración de forma sistemática en trabajos de investigación. Entendiendo la libertad de las personas para decidir su participación y la ausencia de compromiso con el proyecto de investigación, considero importante compartir las reflexiones personales apuntadas durante este proceso. Uno de los motivos para manifestar su indecisión en cuanto su participación fue el hecho de considerar que sistemáticamente se pide al colectivo

profesional la colaboración en un elevado número de estudios y encuestas durante su actividad laboral. La queja de estas personas, apuntaba a un abuso en las formas de la investigación, especialmente en la ausencia de feedback sobre los resultados de estas investigaciones. Ello me alentó a tomar conciencia de las implicaciones de un estudio de este tipo que está sustentado en la participación de un colectivo de profesionales, conduciéndome a cuestionarme el papel de la investigación en salud, su difusión y transferencia de los resultados de ésta, pero también el rol de la persona que investiga en el proceso. La conferencia del profesor Mercado (2005, p. 28) apuntando sus propias reflexiones sobre este proceso con el título *“La investigación cualitativa en salud y su uso. ¿Hay algo más allá de la academia?”*, recrea pues la reflexión personal sobre los usos posibles de esta investigación.

Continuando con la fase de recogida de información, las dinámicas grupales fueron muy intensas y satisfactorias para los participantes, que encontraron un espacio para contar sus vivencias y compartirlas con otros profesionales. A tenor del guión de la entrevista ésta se dirigió hacia aspectos relacionados con la investigación, silenciando otros que también podrían haber resultado de interés. En este momento se produce otro punto de reflexión importante, pues en aquellas encrucijadas de concepciones, perspectivas y valoraciones, fue necesario tomar decisiones sobre el camino a seguir.

Encontrar el equilibrio entre incorporar aspectos que ilustraran con más detalle el fenómeno estudiado pero al tiempo, evitar la deriva de la investigación por vías diferentes de las señaladas por los objetivos de la investigación fue un proceso no exento de dificultades. Éstas se manifestaron también durante el análisis de los datos donde finalmente se han iluminado determinados aspectos considerados de especial relevancia mientras que otros se han destacado en menor medida. En este sentido, temas relacionados con problemáticas específicas de la atención domiciliaria urgente, la intervención del colectivo de fisioterapeutas en otros ámbitos comunitarios, la derivación hacia fisioterapia desde atención

especializada, las problemáticas específicas de los servicios sociales, fueron silenciados o no se han iluminado en el desarrollo de los resultados con la especificidad con que se hizo en el transcurso de algunas entrevistas. Todo ello me ha servido sin embargo para tomar conciencia de la amplitud del tema estudiado, de las múltiples dimensiones que de él emergen y de la multitud de actores y actrices que a nivel formal o informal intervienen. Todas estas cuestiones me permitieron adentrarme en la realidad cotidiana del colectivo profesional de Atención Primaria empezando a iluminar un escenario compartido.

La consideración de la persona que recibe la atención en el domicilio vertida por los profesionales y cómo el profesional considera las necesidades de ésta también ha sido un elemento que ha generado momentos de reflexión. Como persona, como usuaria de los servicios de salud, como profesional y como investigadora, estas consideraciones han sido importantes, incidiendo también en la repercusión familiar y social de la atención domiciliaria. La perspectiva de cada profesional sobre su persona, sobre el grupo profesional al que pertenece, sobre otros grupos profesionales o sobre el sistema de salud en que se haya inmerso, ha sido también crucial durante la investigación. De forma particular, la perspectiva de las personas entrevistadas sobre la fisioterapia me trasladaron en la reflexión al papel de la educación, de las políticas, y la organización en cuanto al futuro de la fisioterapia en Atención Primaria de Salud. El escenario iluminado a partir de las consideraciones del colectivo entrevistado ha de ayudar a hacer más explícitos los modelos de práctica profesional de la fisioterapia en Atención Primaria, incorporando la atención integral como elemento inherente a esta práctica.

Finalmente, las sesiones de entrevista y su posterior análisis me han permitido tomar conciencia de cómo la fisioterapia es valorada en los discursos profesionales. Sin duda, han aparecido silencios en relación con esta disciplina, pero también han emergido desconocimientos y confusiones en relación a otras disciplinas con más tradición en la Atención Primaria. Este elemento me parece crucial para alentar también a fisioterapeutas y estudiantes de fisioterapia a

percibir las problemáticas de la fisioterapia en la Atención Primaria como situaciones menos específicas y más generales de lo que inicialmente se pudiera pensar. Las consideraciones, dificultades, expectativas, deseos de futuro, fueron muchos de ellos comunes a todos los grupos profesionales, lo que me ha llevado a relativizar también las cuestiones al contexto en que se producen. Este hecho, ha de animar a los distintos colectivos profesionales en el desarrollo de estrategias conjuntas centradas en las necesidades de las personas, más que en acciones particulares desde cada grupo. Las necesidades en salud de las personas existen, pero parece importante abrir la reflexión sobre en qué medida estamos preparados para atender esas demandas ahora y en el futuro y qué políticas darán sustentabilidad al proceso de transformación.

Esta investigación no hubiera sido posible sin la contribución de muchas personas de distintos ámbitos que me han aportado desde sus posicionamientos, momentos de crítica y autocrítica respecto al trabajo. Sin duda, el papel del director y la directora de esta tesis ha sido fundamental, acompañándome en el proceso reflexivo y guiándome el proceso investigador. Por otra parte, las aportaciones de docentes e investigadores del Departamento de Enfermería y Fisioterapia y otros departamentos de la *Universitat de les Illes Balears*, así como las estancias en otros países y centros de investigación me han facilitado el desarrollo de una particular visión sobre el tema estudiado. Las experiencias vividas en Alemania, Suecia, Brasil o Reino Unido entre otros, me ha permitido valorar la importancia de la investigación contextualizada, pero también sus posibilidades de transferencia incluso a realidades aparentemente muy diversas. En estos lugares encontré la colaboración de docentes y profesionales de distintos ámbitos que contribuyeron de forma relevante al desarrollo de este trabajo. Particularmente, la estancia en la University of Applied Sciences Osnabrück, me permitió desarrollar una mirada a los datos desde la perspectiva de un modelo de salud fundamentado y organizado de forma divergente al contexto estudiado, pero a la vez con una amplia tradición en el servicio de fisioterapia a nivel domiciliario que tuve la posibilidad de compartir.

Durante el desarrollo de este trabajo he participado en diferentes eventos científicos de carácter nacional e internacional, difundiendo algunos de los aspectos que surgían en el proceso investigador. Esta colaboración me ha permitido abrir a la comunidad científica aspectos centrados en mi posicionalidad en la investigación, así como el enfoque, la metodología utilizada y los primeros resultados de ésta. La difusión de la investigación en estos foros me ha permitido intercambiar opiniones y perspectivas con diferentes personas, fundamentalmente del ámbito académico-investigador, pero también profesionales de distintos sectores asistenciales. Las jornadas o congresos han sido elegidos por la posibilidad para disponer de diferentes visiones y aportaciones al tema explorado, aunque otros foros podrían haber sido también relevantes para este propósito. He podido percibir que la cuestión de la participación de la fisioterapia en el entorno comunitario es un tema que está suscitando un gran interés en el ámbito nacional e internacional. Con ello su papel en la Atención Primaria y las diversas funciones en este ámbito. Sin embargo, aunque en otros países disponen de sistemas diferentes en el desarrollo de la fisioterapia en la Atención Primaria, me ha sido posible compartir con colegas de otros países la inquietud al respecto de los cambios internacionales en materia de salud y de educación.

Cuestiones como el acceso a la Fisioterapia, la inequidad en este acceso o las desigualdades en salud de la población son aspectos que han pasado a vertebrar algunos encuentros de fisioterapeutas, centrando la discusión en las políticas y la organización de servicios. En este sentido, he podido compartir ricas discusiones con colegas de diferentes ámbitos que muestran en qué sentido hablar de fisioterapia no es tanto hablar de una asistencia sanitaria, sino que muy especialmente implica hablar de derechos en salud de la comunidad y de sus necesidades en sentido amplio. Por todo ello, las características de esta investigación me comprometen en un futuro en la participación en encuentros multidisciplinarios que permitan la discusión de los resultados con los sectores directamente implicados en relación a la temática y el contexto estudiado.

11.3 IMPLICACIONES.

Las implicaciones de este estudio pueden entenderse desde varias dimensiones. Apunto de manera específica cuatro apartados: las implicaciones para la política, las implicaciones para la práctica, las implicaciones para la educación y las implicaciones para la investigación.

11.2.1 IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA:

Empezando por el primer apartado, si la investigación tiene connotaciones políticas (Montero, 2002) también allá ha de dirigir sus implicaciones. En palabras de Martín (2003, p. 29)

Una política de salud explícita tiene varios elementos: define una visión para el futuro, especifica prioridades, define los roles y lo que se espera de cada uno, utiliza instrumentos para diseñar el funcionamiento de sectores públicos y privados y guía la priorización del gasto sanitario.

En este sentido, las implicaciones que se derivan de este estudio pretenden orientar en la definición de políticas sanitarias y sociales dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas ubicadas en el domicilio, influyendo también en modelos profesionales que orienten las prácticas y la organización. De forma concreta apunto las siguientes espectos:

La atención domiciliaria requiere el desarrollo de políticas de carácter sociosanitario que permita una comunicación y coordinación intersectorial. Las instituciones sociales y las sanitarias necesitan intervenir de forma proactiva, incluyendo en sus estrategias las experiencias de las personas allí ubicadas y de los colectivos profesionales y no profesionales que intervienen.

Las reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad han de ser emprendidas con más empeño aún que las reformas efectuadas para aumentar la eficiencia, reconociendo el valor de los entornos favorables para la salud y desarrollando los programas de intervención que permitan implantar servicios teniendo como referencia los elementos constitutivos de la justicia social, evitando las desigualdades que el sistema sanitario pueda provocar fruto de la limitación en el acceso a servicios a la población.

La atención de fisioterapia, supone un derecho a la salud de la población y su acceso responde a los principios éticos universales por los que el sector salud ha de velar. El reducido número de recursos humanos en fisioterapia y las listas de espera en este servicio pueden influir en la población como limitaciones al acceso, menos visibles pero igualmente existentes. La accesibilidad que caracteriza al modelo de Atención Primaria, no contempla el ámbito domiciliario para todos los servicios disponibles en el centro de salud, reforzando la consideración de acceso al sistema sanitario como acceso a la institución sanitaria.

La actual disponibilidad de profesionales en el sector sanitario y de forma particular en la Atención Primaria de Salud, perpetúa una consideración de la fisioterapia como un servicio no urgente, complementario o de lujo, restando valor a la disciplina, pero también su acceso a la población. El valor académico otorgado a la fisioterapia en relación con la salud y la autonomía de la personas no se refleja en la priorización de este nivel de atención. Los recusos en este nivel de atención deben ir acompañados de políticas que favorezcan el desarrollo de estrategias conjuntas con otros colectivos profesionales y con la comunidad.

Los recursos a nivel de fisioterapia para este nivel de la atención han de desarrollarse acordes no sólo a criterios epidemiológicos y demográficos sino también en relación a las necesidades en salud desde un punto de vista integral incluyendo en el análisis los recursos sociales con los que la comunidad cuenta y la perspectiva de las propias familias.

La posibilidad de cuidado informal en el entorno familiar es uno de los aspectos a valorar y proteger, estableciendo medidas que permitan incorporar las necesidades sentidas y expresadas de las personas que ejercen el cuidado como paso previo a la definición de políticas, evitando estrategias unidireccionales.

La atención domiciliaria de fisioterapia ha de entenderse como un servicio a desarrollar dentro de un marco normativo que ya contempla este en las normativas que regulan la Fisioterapia en Atención Primaria y ubicada dentro de los servicios comunes en este nivel de atención. La organización de ésta ha de ir encaminada a un reforzamiento de la atención domiciliaria en general, más que a una fragmanentación que ponga en riesgo la difícil situación de la comunicación y coordinación entre profesionales.

Las políticas han de fomentar la visión de la salud y la atención centrada en la persona, evitando las consecuencias de modelos de práctica profesional reduccionistas, que no contemplen la vertiente comunitaria del profesional de Atención Primaria. La fisioterapia es especialmente vulnerable a esta situación, atendiendo a las dificultades para su integración en el modelo comunitario de este nivel de atención.

Las políticas de estímulo de la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en cuanto a la salud ha de establecerse de forma eficaz, integrando el sistema de salud como elemento de apoyo a las familias, incorporando instrumentos que le permitan ajustarse a las complejas y

multidimensionales necesidades que éstas presentan. Al tiempo, la ciudadanía ha de estar informada en grado suficiente que les permita valorar iniciativas que tendrán un efecto a largo plazo, colaborando con los colectivos profesionales en su desarrollo.

11.2.2 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Hemos comentado antes que las políticas han de contextualizarse en las organizaciones y las prácticas. Sin embargo, las acciones, perspectivas y relaciones establecidas en el centro de salud parecen a la luz de los resultados se desarrollan también en relación con las dinámicas internas en el centro. En este sentido se señalan algunas implicaciones para la práctica:

La organización de la atención domiciliaria ha de explicitar el valor de la intervención en el ámbito natural domiciliario enfocándolo como una posibilidad y no una consecuencia de las dificultades de acceso al entorno sanitario de las personas. La intervención de los colectivos profesionales en estos espacios ha de integrarse a partir de un sistema de información de la situación comunitaria que permita establecer dinámicas contextualizadas y políticas intersectoriales.

Las prácticas independientes, centradas en el desarrollo de las competencias específicas pueden poner en riesgo el enfoque de la atención centrado en la persona. Para el colectivo profesional puede suponer un riesgo de desgaste personal, incapaces de asumir individualmente las necesidades multidimensionales que se presentan en la atención domiciliaria. En sentido contrario, la responsabilidad sobre el estado de salud de las personas en el domicilio puede llevar al profesional a realizar actividades que no puede ubicar en su marco competencial, pero que suponen un apoyo efectivo y ágil a las familias.

La organización de los centros de salud ha de permitir espacios de convivencia y comunicación entre los grupos profesionales que facilite un conocimiento y un trabajo en equipo tanto en el centro salud como en las intervenciones domiciliarias. La forma en que esta organización se articule podrá determinar la participación de otros colectivos profesionales, especialmente de aquellos grupos menos numerosos, facilitando una integración de las perspectivas de salud y sociales en la determinación de objetivos de intervención. Esta interrelación puede influir en el establecimiento de canales de derivación ágiles que permitan una atención precoz en el entorno domiciliario y en el centro de salud.

Las interrelaciones que se establecen entre las personas ubicadas en su domicilio y quienes les cuidan y los profesionales de salud presenta desequilibrios que pueden derivar relaciones conflictivas y decepciones entre ambos grupos. Las expectativas en cuanto a la intervención de fisioterapia en este ámbito y con ello la evaluación de sus resultados y sus costes ha de ser sensible a la consideración del entorno domiciliario como un espacio compartido, centrando la mirada en el sistema más que en una de sus partes.

Las buenas prácticas, los entornos favorecedores, las experiencias en la comunicación y coordinación interdisciplinar e intersectorial existentes en la actualidad han de ser difundidas, permitiendo a los equipos establecer mecanismos de transferencia de dichas prácticas.

La comunicación entre el nivel de Atención Primaria y Especializada parece un elemento relevante en la atención domiciliaria, por lo que la información referente a la salud de la persona y las intervenciones realizadas, requieren el uso de nuevos soportes compartidos como el uso de las nuevas tecnologías. Una organización de la comunicación ha de analizar también las cuestiones que subyacen en la limitación de esta comunicación interprofesional.

Iniciativas referentes a la mayor representación de los colectivos profesionales minoritarios en la gestión de Atención Primaria, así como una fluidez y bidireccionalidad de la información entre la Gerencia y los centros de salud puede facilitar el conocimiento y el asesoramiento entre quienes diseñan las estrategias de acción y quienes que han de desarrollarlas. Estimular la participación del colectivo profesional y valorar sus perspectivas haciéndolos partícipes en el momento del diseño de las políticas puede favorecer el desarrollo de las mismas.

11.2.3 IMPLICACIONES PARA LA EDUCACIÓN

El acercamiento entre el sector salud, el sanitario y el social ha de desarrollarse también durante el proceso formativo. Se apuntan en este sentido algunas implicaciones que emergen del estudio:

El sector educativo ha de promover el establecimiento de un modelo orientador de la práctica profesional acorde con los principios de la Atención Primaria, que permita adecuar las intervenciones profesionales en las necesidades que plantean las personas, más allá de focalizar la intervención en problemas de salud específicos y aislados.

El curriculum en las profesiones de la salud, ha de desarrollarse desde una perspectiva sistémica que centre la atención en la persona que permita identificar los elementos del micro, macro y exo sistema. La influencia de los determinantes sociales en la salud y el papel del sistema de salud han de establecerse como pilares de una formación que supere las influencias del paradigma biomédico en la atención en salud.

Las competencias generales de tipo interpersonal y sistémicas se revelan como especialmente importantes en la intervención comunitaria. La formación ha de guiarse no sólo por las competencias de tipo específico y

disciplinar, sino también por el desarrollo de estas competencias para el trabajo en equipos interdisciplinarios como las habilidades sociales, habilidades para comunicarse con personas no expertas en el ámbito, capacidad para adaptarse a nuevas situaciones o la capacidad de generar nuevas ideas.

Las metodologías activas han de ser desarrolladas enfocando el contexto y la práctica interdisciplinar. Las prácticas educativas y estrategias metodológicas centradas en el alumno y en sus necesidades, facilitan la transferencia a los sectores sanitario y social de experiencias vividas dentro y fuera del aula. La tutorización y guía durante el aprendizaje ha de permitir la explicitación de los elementos críticos durante el estudio, que permita al alumnado el análisis de la atención domiciliar de fisioterapia en relación a sus condicionantes.

La formación en la práctica clínica en Atención Primaria ha de planificarse como una práctica interdisciplinar, constituyendo grupos de las diferentes disciplinas de la salud y sociales que intervienen en el espacio comunitario. Centrar la acción de los diferentes profesionales en las personas y sus entornos es un proceso de aprendizaje, así como la interrelación entre los profesionales y el trabajo en equipo.

La formación postgraduada ha de asumir el reto del acceso a la formación para el colectivo de profesionales de salud enfocando una perspectiva que permita identificar los condicionantes históricos de las prácticas actuales y que pueda estimular en los profesionales un acercamiento a los principios de la Atención Primaria. Los recursos y la organización en el sector sociosanitario han de acompañar el esfuerzo formativo de los profesionales favoreciendo la innovación y el cambio en los entornos de desarrollo de sus prácticas.

11.2.4 IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN:

De los resultados de esta investigación emerge que la atención domiciliaria se presenta para todas las categorías profesionales como un proceso que debe ser reorganizado. Profundizar en la comprensión del significado de la intervención de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en el contexto de Mallorca puede ayudar en este proceso de cambio. Se indican a continuación algunas de las implicaciones de este estudio:

A nivel del objeto de estudio, futuras investigaciones así como el análisis e integración de las ya realizadas podrán aportar más conocimiento sobre el tema. Los estudios contextualizados pueden ayudar a describir un escenario susceptible de una praxis, antes que describir un paisaje distante. Explorar en profundidad la atención domiciliaria permitirá el diseño de estrategias más adecuadas a las necesidades de las personas ubicadas en el domicilio y quienes les cuidan, así como adecuar los recursos sociosanitarios en su atención.

La incorporación de nuevos servicios requiere el seguimiento y análisis contextualizado, donde la investigación cualitativa puede aportar un mayor conocimiento del proceso y sus efectos. La atención de fisioterapia en el domicilio podría incorporarse en un escenario complejo donde se articulan los intereses y necesidades de las familias con las intervenciones de diferentes profesionales de salud y social.

A nivel metodológico el uso de las entrevistas en pequeño grupo resultó como un mecanismo generador de perspectivas en profundidad acompañadas de un nivel de interacción. Para el contexto, el objeto de estudio y la opción teórica, estos grupos han favorecido la obtención de la información pretendida pero también han ocasionado una mayor conciencia del colectivo entrevistado sobre la cuestión a explorar y sus repercusiones.

En cuanto a las investigaciones futuras, no sólo el espacio domiciliario precisa de mayor énfasis en la investigación en salud, sino también la perspectiva de los diferentes actores y actrices del proceso. Profundizar en el análisis de las perspectivas de los colectivos profesionales podrá sacar a la luz otras cuestiones relacionadas con el prestigio y reconocimiento profesional, las prácticas realizadas, las cuestiones de poder, el valor de la atención en salud o los efectos de la organización en las prácticas y la identidad profesional.

La investigación educativa parece revelarse como necesaria, atendiendo a la modificación de los planes de estudios de fisioterapia y otras profesiones sanitarias y de la salud, pero también cambios metodológicos y énfasis en la evaluación y la calidad. Esta calidad incluye criterios de transferencia al entorno laboral, lo cual requiere un conocimiento más profundo del desarrollo donde esta práctica se desarrollará.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca M, García C, Martín S, Molina A, Ruiz C. Desarrollo de un programa de atención domiciliaria al anciano. *Notas de Enfermería* 1991; 7: 383-9.
- Abel, B. ¿Cuánto cuesta la salud? Estudio comparado de las prestaciones sanitarias en la Seguridad Social. Madrid: MAPFRE;1982.
- Abel, B. Health reform: Old wine in new bottles. *Eurohealth* 1995; 1: 8.
- Abril E. 15 años después de la Circular 4/91. ¿Dónde estamos los fisioterapeutas de Atención Primaria?. *Fisioterapia* 2006; 28(1): 1-6.
- Adalvert E, Svetling I. Balancing Pluralism: new welfare mixes in care for the elderly. Viena: European Centre of Vienna; 1993.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Título de grado en Fisioterapia. Libro Blanco. Madrid: ANECA; 2004.
- Aguilar MJ. La participación comunitaria ¿Mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- Álamo M, Artiles M, Santiago P, Bernal I, Aguiar J, Gómez A. Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano. *Aten Primaria* 1999; 24 (1): 26-31.
- Alberta Physiotherapy Association - College of Physical Therapists of Alberta - Alberta Physiotherapy Association Canadian Physiotherapy Association. Primary Health Care: A resource guide for Physical Therapists. Alberta: CPTA/APA/CPA; 2006.
- Alcalá F et al. Satisfacción del usuario de Fisioterapia en Atención Primaria. *Cuestiones de Fisioterapia-Fisioterapia Actual* 2006; 33:71-78.
- Alleyne, G. Equity and the goal of Health for All. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 297-301.
- Álvarez C, Peiró S (eds). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública- SESPAS; 2000.
- Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown P, Carter K. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care, an overview and cost analysis. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 537-52.
- Angus J, Kontos P, Dyck I, McKeever P, Poland B. The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness* 2005; 27(2): 161-187.
- Antaki C, Billig M, Edwards D, Potter J. El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital* 2003;3:14-35. Disponible en <http://antalya.uab.es/athenea/num3/antaki.pdf> (Acceso 6 de octubre de 2006)
- Antúnez S et al. Del proyecto educativo a la programación de aula. Barcelona: Graó; 1999.
- Aranda Regules J.M Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud: Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

- Arnal J, del Rincón D, Latorre A. Investigación educativa. Fundamentos y metodología. Barcelona: Labor; 1992.
- Arnand S, Hanson K. Disability-Adjusted life years: A critical review. En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). Public Health, Ethics and Equity. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 181-183.
- Arnand S, The concern for equity in health. En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). Public Health, Ethics and Equity. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 15-20.
- Arnetz JR, Almin I, Bergström K, Franzén Y, Nilsson H. Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: Effects on treatment outcome and quality of care. *Advances in Physiotherapy* 2004; 6(2): 50-69.
- Artundo, C. La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿Un espacio para el sistema europeo de salud?. *Rev Adm Sanit* 2005; 3(3): 517-27.
- Ashton H, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990.
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria. Madrid: AEF; 2007.
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Fisioterapia en Atención Primaria. Aportación a su desarrollo, 1989.
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Fisioterapia en Atención Primaria. Relación Interprofesional y diseño protocolario, 1989.
- Assis AM, Peixoto BO. A visão dos pacientes no atendimento de fisioterapia: dados para traçar um novo perfil profissional. *Fisioterapia em Movimento* 2002; 15(1):61-67.
- Atun R et al. Diffusion of complex health innovations-implementation of primary health care reforms in Bosnia Herzegovina. *Health Policy and Planning* 2007; 22:28-39.
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN), 2004. Disponible en: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_12 (Acceso 10 de septiembre de 2005)
- Australian Physiotherapy Association (APA). Role definition in physiotherapy practice. Melbourne: The Australian Physiotherapy Association; 2004.
- Baena JM, Amatler M, Núñez DK, Deixens B. El gasto sanitario en atención primaria: además de la Cenicienta, el Patito Feo del cuento. *Aten Primaria* 2005; 36:53-53.
- Baena JM, Amatler M, Núñez DK, Deixens B. El gasto sanitario en atención primaria: además de la Cenicienta, el Patito Feo del cuento. *Atención Primaria* 2005; 36 (1): 53-54.
- Ballester L, Matamalas A y Orte C. Vellea, dependencia i necesstats socials a Artà. *Situació actual i perspectives de futur. Artà: Ajuntament d'Artà*; 2003.

- Ballester L. Bases metodológicas de la investigación educativa. Palma de Mallorca: UIB; 2004.
- Ballester L. Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos. Madrid: Síntesis; 1999.
- Ballesteros A. Medición de la actitud de los médicos del primer nivel asistencial hacia los contenidos de la Atención Primaria de Salud. Tesis doctoral. Universidad de Murcia; 1993.
- Ballesteros E, David P, Torres P, Palma M. Aproximación a un servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal. Gerokomos 2006; 17(4):181-188.
- Barceló B, Santiago J. Necessitats i serveis de les persones grans. En: Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears. Palma de Mallorca: Sa Nostra; 2000.
- Barros FMB (Org) O fisioterapeuta na saúde da população. Atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.
- Beech R, Ruud AG, Tilling K, Wolfe Ch. Economic consequences of early discharge to community based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. Stroke 1999; 30(4): 729-35.
- Bellavista T, Fontova A. Elaboració d'un instrument per avaluar la qualitat de l'atenció d'infermeria. Barcelona: Diputació de Barcelona; 1987.
- Beltrán JL. La frustrada "independización" de la asistencia sanitaria pública del sistema de seguridad social. Informe SESPAS 2002;11: 227-238.
- Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Valencia: El viejo Topo; 2005.
- Benach, J, Urbanos R.M. Lograr equidad en salud. En: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 2000.
- Benítez del Rosario MA, Armas J. Papel de la Atención Primaria en la asistencia al anciano. Cuadernos de Gestión 1996; 2(3):118-130.
- Benítez del Rosario MA, Espinosa Almendro JM. Atención Domiciliaria. En: semFYC eds. Atención al Anciano. Madrid, Ediciones Eurobook, 1997: 79-104.
- Benítez del Rosario MA. Atención al Anciano. En: Martín A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid; Harcourt Brace; 1998.
- Benítez del Rosario MA. Evaluación de los programas de atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999: 83-85.
- Benítez del Rosario MA. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999: 93-100.
- Benítez MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. Atención Primaria 2003; 31: 31: 471-9.

- Benítez, MA. Atención de la salud en el anciano. En: En: Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Vol I, 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003:1642-1670
- Bermejo et al. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Medicina clínica 1997;109:140-146.
- Bertalanffy L. General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; 1968.
- Béseler MR, Girona G, Máñez I, Cervera J, Cuello E, Ashi S. Empleo del TENS en el ámbito domiciliario. Rehabilitación 1999; 33(4): 243-248.
- Bilbao I, Gastaminza A, García J, Quindimil J, López J, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13 (4): 188-90.
- Bingöl G, Güneter S, Sarpel T, Sur S, Ufuk D, Yimaz M. Efectos de un programa de rehabilitación diaria domiciliaria en niños asmáticos. Allergologia et Immunopathologia 2000; 28 (1):12-14.
- Black D et al. Inequalities in health. The Black Report. New York: Penguin; 1982.
- Blanco, MA. Calidad de vida de los ancianos en Galicia. Aproximación mediante la evaluación de una provincia de interior. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela. 2003.
- Blaxter L, Hughes C, Tight M. Cómo se hace una investigación. Barcelona: Gedisa; 2000.
- Blech, J. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino; 2005.
- Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. Focus groups in social research. London: Sage; 2001.
- Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. Focus groups in social research. Londres: Sage; 2001.
- Bodenheimer T. Disease Management-Promises and Pitfalls. N Engl J Med 1999; 340:1202-1205.
- Bonilla R. Marco legal de la fisioterapia en Atención Primaria de Salud. Fisioterapia 1997; 19:14-18.
- Borrás JM. Demanda asistencial en Atención Primaria: influencia de los aspectos organizativos. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. 1990.
- Borrell C et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del estado español. Gac. Sanit 2005; 19:277-284.
- Borrell C, García M, Martí JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta sanitaria 2004; 18:2-6.

- Borrell C, Plasència A, Pasarín I, Ortún V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:659-67.
- Borrell-Carrió F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión*. 1996; 2:225-31.
- Bover, A y Gastaldo, D. La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectiva de género y generación. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(1):9-16.
- Bover, A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: Percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la Generación. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears; 2004.
- Bowlby S, Gregory S, Mckie L. "Doing home": Patriarchy, Caring and Space. *Women's Studies Internacional Forum* 1997; 20(3): 343-350.
- Boydell, L. European prototype for integrated care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1996; 9 (4): 30 – 32
- Bradshaw, J. Una tipologia de la necessitat social. Barcelona: Direcció General de Serveis Socials, Generalitat de Catalunya; 1981.
- Brandao, C O que é o método de Paulo Freire? São Paulo: Editora Brasiliense; 1986.
- Branick L, Earnest G, Long L, Regnell M, Warnecke P. The home care therapist: the art of caregiving. *Caring* 2002; 21 (2): 32-6.
- Brant LC. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 6(1):221-231.
- Breilh J. La epidemiología en Latinoamérica. En: Nunes, Breilh, Laurell (Org) *Debates en Medicina social*. OPS-Alames; 1991.p164-215.
- Breilh, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista; 1991.
- Briceño R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad.Saúde Publ.*1996, Rio de Janeiro; 12(1): 7-30.
- Brock DW. Ethical Issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritisation of health care resources. En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 201-224
- Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Bronfenbrenner, U. Interacting systems in human development. Research paradigms: present and future En: BOLGER et al. *Persons in context: Developmental processes* Cambridge: Cambridge University Press; 1988. p. 25-49.
- Brossa et al. Demencia y Fractura de Fémur. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42(3):135-41.

- Brown C. The application of complex adaptive systems theory to clinical practice in rehabilitation 2006; 28(9):587-593.
- Buendía L. La investigación por encuesta. En: Buendía L, Colás MP y Hernández, F. Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid: McGraw –Hill; 1997. p. 120-155.
- Buendía, L. Técnicas e instrumentos de recogida de datos. En: Colás MP, Buendía L. Investigación educativa. Sevilla: Alfar; 1998. p.201-248.
- Cabanillas M., Pérez S, Amaya V, Sanz C. Actuación Fisioterápica en el domicilio. Programa de Atención Fisioterápica. Insalud Atención Primaria, Áreas 2 y 5 de Zaragoza. Zaragoza: INSALUD; 1998.
- Calderón C. De las preguntas a las estrategias. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. (Comps.)Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa de salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 435-438.
- Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. En: Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary Health Care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 85-105
- Calspecken PF, Apple M. Critical Qualitative Research: Theory, Methodology and Practice. En: Le Compte M, Millroy W, Preissle (Eds). The Handbook of Qualitative Research in Education. London: Academic Press; 1992. p. 507-554.
- Calvo JL et al. Seguimiento de un programa de revitalización para personas mayores desde el ámbito universitario. Fisioterapia 1999; 21 (monográfico 1): 44-52.
- Calvo JL, Orejuela J, Barbero FJ, Rodríguez L, Calvo A. Programas de revitalización, mantenimiento físico y deporte en personas mayores. Evaluación de la aptitud física. Rev Gerontol 1996; 1 (7): 19-23.
- Campos CM, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública 2005; 21(4):1260-1268.
- Canadian Physiotherapy Association. Physiotherapy and Primary Health Care: Envolving Opportunities. Manitoba: University of Manitoba - CPA; 2005
- Canamasas S, Salas J. Perfil de los pacientes amputados de extremidad inferior mayores de 65 años que han realizado rehabilitación domiciliaria. Revista de Gerontología 1994; 4(1): 25-29.
- Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. La investigación –acción en la formación del profesorado. Barcelona: Martínez Roca; 1988.
- Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria 2003; 31: 527-538.

- Casi A, Moreno C. Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años. *Atenc Primaria* 1992; 10: 543-8.
- Centro de Investigación Económica (CRE). Informe económico y social de las Islas Baleares 2006. Palma de Mallorca: Sa Nostra; 2007.
- Centros Sanitarios del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2003.
- Chalmers A. ¿Qué esa cosa llamada ciencia? Madrid : Siglo XXI; 1982
- Charmaz, K Premises, Principles and Practices in Qualitative Research: Revisiting the Foundations. *Qualitative Health Research* 2004; 4(7): 976-993.
- Chaves, JB, García MV, Nieves MG. Cuidados domiciliarios informales y cuasi-formales a personas con problemas de salud crónicos y percepción de su proveedor. *Gerokomos* 2005; 16 (3): 144-154.
- Chesney M. Dilemmas of self in the method. *Qualitative Health Research* 2001, 11(1): 127-135.
- Chillón R, Rebollo J, García B, Benítez M. Estudio Histórico sobre la implantación de la Fisioterapia en Atención Primaria en España (1985-1995). En: Gómez A, Carles R, Abril E, Martínez A.(Eds.) IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Murcia: Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia; 2006.p.276.
- Chinn P, Kramer M. Integrated theory and knowledge development in nursing. St Louis: Mosby; 2007.
- Christians CG. Ethics and politics in Qualitative Research. En: Denzin y Lincoln (Eds.). *The Sage Book of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 139-164.
- Clark J. Preventive home visits to elderly people. *BMJ* 2001; 323: 708.
- Coleridge P. Disability, liberation and development. Oxford: Oxfam, 1993
- Colom D, Portella E, Murillo J, Calong S. Estudio sobre la concordancia entre la demanda, necesidad y utilización de servicios en los ancianos. *Gaceta Sanitaria* 1989; 13: 3.
- Colomer J, González JL, González VJ. Alternativas al hospital: Una respuesta al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J. *Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; 359-401.
- Conde F. Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva. Anexo. En: *La vivienda en Huelva. Cultura e identidades urbanas*. Sevilla: Junta de Andalucía-Fundación El Monte; 1996.
- Conde F. Los métodos extensivos e intensivos de la investigación social de las drogodependencias. En: *VVAA Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Sociólogos; 1993. p. 203-230.

- Contel J, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enferm Clin* 1995; 5 (5): 205-11.
- Contel J. Experiencia de atención domiciliaria en Holanda e Inglaterra. *Rev Rol Enferm* 1996; (217): 74-8.
- Contel JC, Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en atención primaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica;1999. p. 25-38.
- Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25: 526-527.
- Contel Segura JC, Gené Badía J, Limón Ramírez E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 25-35.
- Contel Segura JC, Gené Badía J. El entorno de la atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 1-8.
- Coronen L, Wikström-Grotell. Towards a paradigm-oriented approach in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 1999; 15:175-184.
- Cortés L, Camacho MM. *¿Qué es el análisis del discurso?* Barcelona: Octaedro-EUB; 2003.
- Cruz A. La asistencia geriátrica a domicilio, un beneficio para muchos. *Modern Geriatrics* 1991; 3 (10): 347-8.
- Cuñado A, Gil M, Ruiz J, Silveira J, Caballero L, García F. Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Ensayo clínico aleatorizado*. *Enferm Clin* 1999; 9 (3): 14-20.
- Dahlgren L O et al. Students as Jouneymen between communities of Higher Education and Work. University of Linkoping; 2003.
- Dalton J. Client-Caregiver nurse coalition formation in decision – making situations during home visits. *J Adv Nurs* 2005; 52(3): 291-9.
- Daniels N, Kennedy B, Karachi I. Health inequity of Why justice id good for our health. En: En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford Universty Press; 2004. p. 63-92
- Daniels N. Justice, Health and Health Care. *American Journal of Bioethics* 2001; 1:2:3-15.
- De Andrés, J. El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria* 2000; 25(1): 42-46.
- De la Cueva A, Aleixandre R, Rodríguez JM. *Fonts d'informació en ciències de la salut*. Valencia: Universitat de Valencia; 2001.
- De la Herrán (Coord.). *Investigar en educación. Fundamentos, aplicación y nuevas perspectives*. Madrid: Dilex; 2005.

- De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria* 2003; 31: 587-591.
- De Maeseneer, J. et al. Primary Health care as a strategy for achieving equitable care. Health Systmes knowledge Network; 2007.
- De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12 (1): 29-32.
- Delbaere K, Burgois J, Van der Noortgate N, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. A home-based multidimensional exercise program reduced physical impairment and fear of falling. *Acta Clin Belg* 2006; 61(6):340-50.
- Denman CA, Haro JA. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en investigación social. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000.
- Denton MA, Zeytinoglu IU, Davies S. Working in clients'homes: the impacto on the mental health and well-baing of visiting home care workers. *Home Health Care Serv Q* 2002; 21(1):1-27.
- Denzin, N., Lincoln, Y (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
- Dewey J. Logic, the theory of inquire (1938). Citado en Imbernón F. La formación y el desarrollo profesional del profesorado. *Hacia una nueva cultura profesional*. Barcelona: Graó; 1994. p. 94.
- Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, Hutton JP, Henderson NE, Garber MB. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus home exercise program. *Physical Therapy* 2005; 85(12): 1301-17.
- Dickinson, A. Implementing the Single Assessment Process: Opportunities and challenges *Journal of Interprofessional Care* 2006; 20 (4): 365-379.
- Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):158-67.
- Diogène E. Guía de investigación clínica para Atención Primaria. Barcelona: Mayo; 2005.
- Diogène-Fadini, E Promoción de la investigación clínica en atención primaria de salud. *Atenc Primaria* 2005; 36:563-565.
- Direcció General de Salut Pública i Planificació. Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007. Palma: Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears; 2003.
- Donat H, Ozcan A. Comparison of the effectiveness of two programmes on older adults at risk of falling: unsupervised home exercise and supervised group exercise. *Clin Rehabil* 2007; 21(3):273-83.
- Dubois CA, McKee M, Nolte E. (Eds) *Human resources for health in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press; 2006.

- Dunkan P, Richards L, Wallace D, Stoker J, Pohl P, Luchies C, Ogle A, Studenski S. A randomized, controlled pilot study of a home –based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke* 1998; 29(10): 2055-60.
- Durán A, Lara JL, van Waveren M. Spain: Health system review. *Health system in Transition* 2006; 8(4):1-208.
- Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):195-200.
- Duro JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. *Atención Primaria* 2005; 36(2):71-7.
- Early Supported Discharge Trialists. Servicios destinados a reducir la duración de la atención en el hospital de los pacientes con accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
- Edwards I, Jones M, Carr, Braunack-Mayer A, Jensen G. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy* 2004. 83(4): 312-335
- Edwards I, Jones M, Higgs J, Trede F, Jensen G. What is collaborative Reasoning? *Advances in Physiotherapy* 2004; 6: 70-83.
- El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Editorial. *MEDIFAM* 2002; 12 (8): 471-483.
- El Sistema Nacional de Salud dos años después. Editorial. *Rev Adm Sanit* 2003;1(4):519-22.
- Elizalde, A. Desarrollo a Escala Humana: conceptos y experiencias. *Revista Internacional de Desarrollo Local* 2000; 1 (1):51-62 .p.51
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2001; 323: 719-25.
- Ely, M. *Doing qualitative research: circles within circles*. London: Routledge; 1991.
- Escarabill J, Casolivé V. Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. En: Güell R, de Lucas P. *Rehabilitación respiratoria*. Madrid: Medical and Marketing Communications, 1999; 329-344.
- Escobar E, Jiménez M, Manglano L, Valiente C. La fisioterapia en el marco de Atención Primaria. *Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria* 2002 1(4): 10-14.
- Espinosa JM, Benítez del Rosario MA, Pascual L, Duque A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria. *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* Referencia:<http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum015.html> (Acc. Enero 2006)

- Espinosa JM, De la Revilla L. Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria. Editorial. Medicina de familia 2002; 3(4): 225-227.
- Espinosa JM, Muñoz F. Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. Cuadernos de Gestión 1995; 1 (1): 24-32.
- Ettelt S et al. Health care outside hospital: Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO; 2006.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A Wirth M Eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Farrero E, Escarabill J, Prats E, Maderal M, Manresa F. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients long-term oxygen therapy. Chest 2001; 119: 364-369.
- Farrero E, Prats E, Maderal M, Giró E, Casolíve V, Escarabill J. Utilidad de la visita a domicilio en el control y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia continua domiciliaria. Archivo de Bronconeumología 1998; 34 (8): 374-8.
- Feroso J. (coord.) El aprendizaje en ciencias de la salud. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2000.
- Fernández A, Santos M. La atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. Revista de Administración Sanitaria 2005, 3(1):9-12.
- Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003.p. 224-249.
- Fernández G, Murillo E. Fisioterapia ¿En Atención Primaria?. Cuadernos de Atención Primaria 1999; 6(2): 77-81.
- Fernández J. Atención en el domicilio. En: Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Zaragoza; 1998.
- Fernández R, Raposo I, Viñas S, Barcia M, González L. Fisioterapia desde la evidencia empírica. Cuestiones de fisioterapia 2000; 15: 9-16.
- Fernández R, Rodríguez B, Souto S, Chouza M, González L. Fisioterapia en Atención Primaria: origen y marco conceptual. Fisioterapia 1997; 19: 5-13.
- Fernández R. Fisioterapia en Atención Primaria. Relación interprofesional y diseño protocolario. Asociación Española de Fisioterapeutas; 1989.
- Ferrer M. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. Acta bioeth 2003; 9 (1) 113-126.
- Ferreres S, Imbernón F. (Eds) Formación y actualización para la función pedagógica. Madrid: Síntesis; 1999.

- Figueroa, JG. Elementos para analizar algunos dilemas éticos en la investigación cualitativa sobre la salud reproductiva. En Mercado, Gastaldo y Calderón (Comp.) Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 481-504.
- Fontana A, Frey J. The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. En Denzin y Lincoln (Eds.). The Sage Book of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage, 2005. p. 695-728.
- Fortín MF. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. Méjico: McGraw-Hill; 1999.
- Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria orientada a la comunidad”. En: Martín A y Cano JF. Atención Primaria. Conceptos organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003
- Frasca C, Weimer, M. Establishing a respiratory therapy program in the home: The South Hills Program. Home Health Nurse 1985; 3: 8-12.
- Freire P. A la sombra de este árbol. Barcelona: El Roure; 1997.
- Freire, P Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI; 1994.
- Freire, P. La educación como práctica de la libertad. Madrid: Siglo XXI, 1998
- Freire, P. La naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación. Barcelona: Paidós-MEC;1990.
- Freire, P. Pedagogía de la Esperanza. Madrid: Siglo XXI; 1993.
- Freire, P. Pedagogia del oprimido. Madrid: Siglo XXI; 1978.
- Freire, P. Política y educación. México: Siglo XXI; 1997.
- Freire, P. Profesora sim, tia não-Cartas a quen ousa ensinar. São Paulo: Editora Olho d’Agua;1993.
- French S, Sim J. Fisioterapia: un enfoque psicosocial. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2004.
- Frías A, Prieto MA, Heierle C, Calzada ML, Alcalde A, Vázquez T, Sandino L. La práctica enfermera en la atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria 2002; 29: 496-501.
- Fuentelsaz C et al. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Gallart A. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona. Tesis doctoral. Universitat Internacional de Catalunya; 2007.
- Gallego P, Carra B, Morente M, Calvo C, Sanz C. Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. Rev Rol Enferm 1995; (202): 14-8.

- Gallego T, Francisco C. Atención integral a la comunidad. Atención fisioterapéutica. Fisioterapia 1995; 17(2):66-70.
- Gallego T. Caracterización científica de la Fisioterapia en el marco de las ciencias de la salud. Cuestiones de Fisioterapia 1997; 5:1-14.
- Galván CC, Trelha CS. O enfoque familiar na formação do profissional fisioterapeuta. Olho Mágico 2000; 6(22):12-13.
- Garay A, Iñiguez L y Martínez L. La perspectiva discursiva en Psicología social. Subjetividad y procesos cognitivos 2005; 7: 105-130.
- Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. Health Policy 2003; 65: 201-215.
- García M. Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000; 25:181-186.
- García MC y Montagut F: Rehabilitación domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1999.
- García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria 2000; 25:181-186.
- García S, Lekube K, Andikoetxea A, Solar M, Olaskoaga A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1997; 20 (5): 230-6.
- García V. La relación fisioterapeuta paciente en la práctica fisioterapéutica. II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud: Libro de Ponencias. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2005. p.111-112.
- Gard, G. Body awareness therapy for patients with fibromialgia and chronic pain. Disability and Rehabilitation 2005; 25 (12): 725-728.
- Gastaldo D. É a Educação em Saúde “Saudável”? Repensando a Educação em Saúde a través do conceito de Bio-poder. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. (comps.) Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. México: Universidad de Guadalajara; 2002.
- Gastaldo D y McKeever P. Investigación cualitativa ¿Intrínsecamente ética?. Revista Index de Enfermería 2000;28-29: 9-10.
- Gené J, Contel J y Limón E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1999.
- Gené J, Contel J. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Aten Primaria 1999; 23 (4): 183-6.
- Gené J. ¿El hospital debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? Aten Primaria 1998; 21(4):186-189.

- Generalitat de Catalunya. Pla de rehabilitació de Catalunya 2006 Departament de Salut.
- Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Memoria de atención Primaria 2006,. Palma: GAP; 2006.
- Gil J. Análiss de datos cualitativos. Barcelona: PPU;1994.
- Gil M. Cuidados domiciliarios en el anciano. Gerokomos 1994; 5 (10): 16-20.
- Gillham L. Physiotherapy. En: Palliative Day Care. Fisher & McDaid (Eds). Londres: Arnold; 1996.
- Giroux HA. Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje. Madrid: MEC-Paidós, 1990.
- Gisbert R. Economía y Salud. Barcelona: Masson; 2002.
- Gofin J, Gofin R Community-oriented primary care: a public health model in primary care. Rev Panam Salud Publica 2007; 21 (2): 177-85
- Gofin J, Gofin R. (2007): "Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria". Rev Panam Salud Pública (online), 21 (2/3): 177-185
- Gómez MJ, González FM. El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 154-9.
- Gómez T, Ceitlin J. Medicina de familia en España y otros países. En: Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003. p. 307-326.
- Gómez, A. Desarrollo de competencias profesionales. Fisioterapia 2004; 26(1):1-2.
- Gómez, E. Equity, gender and health: goals for action Rev Panam Salud Pública 2002; 11 (5-6): 454-561.
- Gómez, E. Género, Equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública 2002; 11 (5-6): 327- 334.
- González B, Dávila C, Rodríguez E. Spain. En: Rechel B, Dubois CA, McKee M (Eds). The Health Care Work Force in Europe. Learning from the experience. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen:WHO; 2006. p. 115-129.
- González B., Urbanos RM. Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. Informe SESPAS 2002;16:327-340.
- González T, Benítez MA, Hernández P, Armas J, Regato P. Atención Domiciliaria: importancia del trabajo interdisciplinario. Aten Primaria 1995;16 (supl 1): 83 - 89.
- González V. La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. Revista de servicios sociales y política social 2003; 61: 63-86
- Gordo, AJ (Coord.). Jóvenes y cultura Messenger. Madrid: FAD-INJUVE; 2006
- Gorroñoigoitia A, Ibáñez F, Olaskoaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. Aten Primaria 1992;10(5): 771-776.

- Granollers S, López R. Atención domiciliaria dirigida a 132.106 habitantes durante cinco años de programa: análisis de la experiencia y de los resultados obtenidos. *Rev Multidisciplinar de Gerontología* 1999; 9: 94-9.
- Greenwich NHS. Ageing well in Greenwich. Maintaining Health and Independence. Greenwich: Greenwich Council; 2006
- Grumbach K. Chronic Illness, Comorbidities and the Need for Medical Generalism. *Ann Fam Med* 2003; 1:4-7.
- Grundy, S. Producto o praxis del currículo. Madrid: Morata; 1991.
- Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Atención Primaria* 2003; 31: 473 –477.
- Guba EG y Lincoln Y. Competing paradigms in Qualitative Research. En: Denzin, N., Lincoln, Y (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p 105-117.
- Guba EG y Lincoln YS. Paradigmatic controversias, contradictions, and emerging confluences. En Denzin y Lincoln En Denzin y Lincoln (Eds.). *The Sage Book of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 2005 p 191-216
- Guba EG. The paradigm dialog. Newbury Park: Sage; 1990.
- Güell R, González A, Morante F et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Arch Bronconeumol* 1998; 34:541-546,
- Güell R, González A, Morante F, Sengenís M, Sotomayor C, Caballero C et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Archivo de Bronconeumología* 1998; 34 (11): 541-6.
- Guilbert J. Guía pedagógica para el personal de la salud. Edición Española: Rodríguez et al. 6: Organización Mundial de la Salud; Valladolid: Universidad de Valladolid, 1994.
- Gutiérrez J, Carceller P, Monedero M, Nieto F. El interés por la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1998; 21 (6): 413-4.
- Gwatkin DR. The need for equity-oriented health sector reforms. *Int J Epidemiol* 2001; 30 (4): 720-723.
- Habermas J. Conocimiento e Interés. Madrid: Taurus; 1986.
- Haggerty MC, Stockdale R, Fair S. Respi-care: an innovative homecare program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1991; 100:607-12.
- Halamandaris V.J. Home Care poised for greater demand. *Journal of AHIMA* 2000; 71(5): 38-39.
- Hale L et al. Stroke Rehabilitation-Comparing hospital and home-based physiotherapy: the patient's perception. *NZ Journal of Physiotherapy* 2003; 31(2):84-92.

- Hale L, Piggot D, Bentley M, Grawshaw A Davis. Stroke rehabilitation-comparing hospital and home-based physiotherapy: the patients perspective. *NZ Physiotherapy J* 2003; 31(2): 84-92.
- Hale L. Community –based or home-based stroke rehabilitation: confusion or common sense? *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2004; 32(3):131-139.
- Hale L, Piggot J. Exploring the content of physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation in New Zealand. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2005; 86(10): 1933-40.
- Hale L. A participatory approach to learning about empowerment. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2001; 29(2): 32-40.
- Hanson S, Pratt G. Reconceptualising the links between home and work in urban geography. *Economic Geography* 1988; 64:299-318.
- Harzheim E et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006; 6:156.
- Health for all in the 21th century. Geneva: World Health Organisation; 1998
- Helders P. The real World of Physiotherapy. Editorial. *Advances in Physiotherapy* 2004; 6:49.
- Hernández et al Influencia sobre la capacidad vital y la frecuencia cardíaca de técnicas de Fisioterapia revitalizadora en una población de personas mayores. *Fisioterapia* 1999; 21(monográfico 1): 36-43.
- Hernández R, Fenández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Chile: McGraw – Hill; 2003.
- Hernando J, Iturrioz P, Torán P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Atención Primaria* 1992; 9 (3): 133-6.
- Heyrman J, Lamber M, Rusovich C, Dixon A. Changing professional roles in primary care education. En: Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary Health Care in the driver's seat?* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 165-184
- Holmqvist LW et al. A randomized trial of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm. *Stroke* 1998; 29: 591-597.
- Hopkins PE. Thinking critically and creatively about focus groups. *Area* 2007; 39(4): 528-535.
- Howie JGR. Investigación en medicina general. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
- Huberman AM, Miles MB. Data managment and Analisis methods. En: Denzin NK y Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 428-444.

- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science and Medicine* 2003; 57(5):861-873.
- Hunter M. "Sorry, we can't tell you that". *Community Care* 2006 : 28-29.
- Hutten J, Kerkstra A. Análisis comparativo de los diferentes sistemas de organización y financiación de la atención domiciliaria en Europa. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
- Hutten J, Kerkstra A. *Home Care in Europe: A country-specific guide to its organization and financing*. Arena; 1996.
- Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En García, Ibáñez y Alvira (Comp.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza; 1992.p. 489-501.
- IBAS. Pla estratègic de les persones majors de les Illes Balears Part I. Anàlisi de la realitat. Palma Govern de les Illes Balears, Conselleria de Benestar Social. Institut Balear d'Afers Socials, 2001
- IBSALUT. Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001. Palma de Mallorca : Conselleria de Sanitat i Consum; 2001.
- IBSALUT. Pla sociosanitari de les Illes Balears. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum. Govern de les Illes Balears; 2003
- IBSALUT. Propostes Estratègiques del servei de salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca : Servei de Salut de les Illes Balears; 2002.
- Icart T, Fuentelsaz C, Pulpón A. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
- Ichazo B, Vila J, Sancho R, Alegre N. Valoración de dependencias y salud geriátrica. *Atención Primaria* 2004; 34: 504-505.
- Illsley R. Policy implications of inequalities in health. Documento presentado en: WHO Study group on inequalities in health in Mediterranean Countries. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1989.
- Imbernón F. El profesorado investigador como profesional reflexivo y crítico. En: Imbernón F. *La formación y el desarrollo profesional del profesorado. Hacia una nueva cultura profesional*. Barcelona: Graó; 1994.
- IMSERSO. Informe Anual 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- IMSERSO. La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el periodo 1986-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1990.
- IMSERSO. Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.

- IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- Inclán GM. El Sistema Nacional de Salud dos años después de completado el proceso transferencial. Revista de Administración Sanitaria 2003;1(4):533-41.
- Inglés M, Isern C, Berget C, Olivé C, Espelt MP. El apoyo a la atención domiciliaria. Un reto para la fisioterapia. En: Pérez R, Gutiérrez M, Rodríguez G. VI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y comunicaciones. Pontevedra: Asociación Española de Fisioterapeutas, 1999; p.149-150.
- INSALUD. 10 años de Atención Primaria en Baleares. Palma de Mallorca; 1995
- INSALUD. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Instituto Nacional de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- INSALUD. Circular 4/91, de 25 de Febrero sobre Ordenación de actividades del fisioterapeuta de Área en Atención Primaria. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria; 1991.
- INSALUD. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Atención Primaria de Salud: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- INSALUD. Atención Primaria, Áreas 2 y 5 de Zaragoza. Programa de Atención Fisioterápica. Zaragoza: 1998.
- IMSERSO. Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995
- IMSERSO. La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS). Madrid: INE; 1999.
- Iñiguez L, Antaki C. Análisis del discurso. En Mercado, Gastaldo y Calderón (Comp.) Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p.271-286.
- Iñiguez L. Análisis de la conversación y/o análisis del discurso: hibridaciones metodológicas para el estudio de la acción social y/o regímenes discursivos. Introducción. En Gordo A y Linaza J (Eds.) Psicologías, discursos y poder (PDP). Madrid: Visor; 1996.
- Iñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria 1999; 23:496-500.

- Íñiguez, L, Antaki, Ch. El análisis del discurso en psicología social. Boletín de Psicología 1994, 44:57-75.
- Iturria J, Márquez S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. Revista Española de Salud Pública 1997; 71 (3): 281-91.
- Jamieson A. Home Care for Older people in Europe: A comparison of policies and practices. Oxford: Oxford University Pres; 1991.
- Janesick, V. The Choreography of Qualitative Research Design. Minuets, Improvisations and Christallization. En Denzin y Lincoln (Eds) Strategies of Qualitative Inquiry. Thousand Oaks: Sage; 2003. p.46-79
- Jensen GM. Qualitative methods in physical therapy research: a form of disciplined inquiry. Physical Therapy 1989; 69(6): 492-500.
- Jiménez A. El sector de la salud y la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas; 2007.
- Jiménez J, Argimón JM Investigación en Atención Primaria. En Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Vol I ,5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.p 201-223.
- Jiménez MT, González P, Martín JM. La clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76(4): 271-279.
- Jódar G, Cadena A, Parellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención Primaria 2005; 36: 558-562.
- Jolly K et al. Home – based exercise rehabilitation in addition to specialist Herat failure nurse care: a randomised controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders 2007; 7:9.
- Jolly K et al. Home based versus hospital based cardiac rehabilitation after miocardial infarction or revascularisation: a randomised controlled trial. BMC Cardiovascular disorders 2003, 3:10.
- Jorge F, Blanco MA, Issa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Atención Primaria 2005; 36: 442-447.
- Julián R, García MJ, Durán E, Ramírez R. Atención domiciliaria programada. Coordinación entre atención primaria y especializada. Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria 2002; 3 (4): 21-25.
- Kadt E et al. Promovendo a equidade.Um novo enfoque com base no setor da saúde. Sao Paulo: Hucitec; 1993.
- Kamm F. Deciding whom to help, health –adjusted life years and disabilities. En: En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). Public Health, Ethics and Equity. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 224-244.

- Kaufman R. Planificación de sistemas educativos, México: Trillas; 1987
- Kidd P, Parshall. Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research* 2000; 10 (3): 293-308.
- Kirilloff LH et al. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Skills of the health team involved in out-of-hospital care for patients with COPD. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133:948-949.
- Kitzinger J. *Qualitative Research: Introducing focus groups* 1995; 311:299-302.
- Klerk H, Ampusah L. The physically disabled woman's experience of self. *Disability and rehabilitation* 2003; 25(19):1132-9.
- Krebs, R. J Urie Bronfenbrenner e a *Ecologia do Desenvolvimento Humano*. Santa Maria. Casa Editorial, 1995.
- Krishnamurti, J. *El propósito de la educación*. Barcelona: Edhasa; 1992.
- Kristiansen S, Santoso, P. Surviving decentralisation? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. *Health Policy* 2006; 77:247-259.
- Kristijanson LJ, Aoun SM, Oldham L. Palliative care and support for people with neurodegenerative conditions and their carers. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(8):368-77.
- Krueger, R., *Analysing and reporting focus groups results*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1997.
- Krueger, R. *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press; 1962.
- Kuisma R. A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clin. Rehabil*. 2002; 16(5): 553-61.
- Kupper-Nybelen J, Ihle P, Deetjen W, Schubert I. Persons requiring long-term care: recommendations and utilization of rehabilitative therapies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2006; 36(2): 100-108.
- *La atención primaria en la primera mitad del siglo XXI*. Editorial. *Atenc Primaria* 1999; 24:55-56.
- Lachmund J, Stollberg G. *The social construction of illness*. Stuttgart: Franz Steiner; 1992.
- Laditka SB, Fisher M, Mathews KB, Sadlik JM, Warfel ME. There's no place like home: evaluating family medicine residents' training in home care. *Home Health Care Services Quarterly*. 2002; 21(2): 1-17.
- Lafambroise, H. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can. Med. Assoc. J*. 1973; 108: 388-91.
- Laín P. *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat; 1984.

- Lalonde M.A. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Canadian Government; 1974.
- Lamata F. El Sistema Nacional de Salud: una realidad y un proyecto de responsabilidades compartidas. *Revista de Administración Sanitaria* 2003;1(4):523-32.
- Lang R Guest Editorial: a critique of the disability movement. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9 (1): 4-8.
- Le Boterf G. Ingeniería y Evaluación de los planes de formación. Bilbao: Ediciones Deusto; 1991.
- Leavitt R. The development of rehabilitation. Services and Suggestions for Public Policy in Developed Nations. *Pediatric Physical Therapy* 1995; 7: 112-118.
- Leemrijse CL, Boer ME, Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J. Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents, a cross sectional study. *BMC Geriatrics* 2007; 7:7.
- León G, Montero I. Métodos de investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
- Lesemann F, Martín C. Home-based care, the elderly, the family and The Welfare State: An international comparison. Ottawa: University of Ottawa Press; 1993.
- Ley 14/1986 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud.
- Ley 39/2007, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Li LC, Coyte PC, Lineker SC, Wood H, Renahan M. Ambulatory care or home based treatment? An economic evaluation of two physiotherapy delivery options for people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2000; 13(4): 183-90.
- Lindström M, Merlo M, Östergren P-O. Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital in a public health perspective: a multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 2002; 54:1779-91.
- Lomas R, Plaza A, Arrollo AR, Domínguez L, Rellán ME. Análisis y propuesta de mejora organizativa en la fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Cuestiones de Fisioterapia* 2002; 19: 51-64.
- López A, Güell R, Sangenís M, Sotomayor C, Cornudella R. Programa de rehabilitació i asistencia a domicili en la malatia respiratòria crònica. *Sant Pau* 1988; 9:207-212.
- López A. Estudio del primer nivel de atención sanitaria en la provincia de Granada. Tesis doctoral. Universidad de Granada; 1986.
- López G. El interfaz público –privado en Sanidad. Barcelona: Masson; 2003.
- López I. Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.

- López O, Lorenzo A, Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 404-10.
- López S, Rodríguez JM, de Miguel J. Ventilación mecánica a largo plazo en la insuficiencia respiratoria crónica. En: Güell R, de Lucas P. *Tratado de rehabilitación respiratoria*. Madrid: Ars medica; 2005.p. 313-325.
- Lucas H, Hagelskamp C, Scammell A. Doctors becoming GPs: GP registrars' experience of medical training and motivations for going into general practice. *Education for Primary Care* 2004; 15(1): 76-82.
- Lurdes, L. Calidad de vida de las personas mayores. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura; 2001.
- Luukinen H, Lehtola S, Jokelainen J, Väänänen R, Lotvonen S, Koistinen P. Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006; 24:199-205.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320(7243):1200-4.
- Macinko J, Montenegro M, Nebot C, Etienne C. Y Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam de Salud Pública (online)* 2007, 21 (2/3): 73-84.
- Macinko J, Starfield B y Shi L. The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3): 831-865.
- Malcom, L. Primary health care and the hospital: incompatible organisational concepts? *Social Science and Medicine*. 1994: 1-7.
- Malterud, K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 2001, 358: 483-487.
- Mangione KK, Crack RL, Tomlinson SS, Palombaro KM. Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate -to high- intensity exercise at home? *Phys Ther* 2005; 85: 727-739.
- March JC, Martínez J, López LA, Soles O. El marketing en Atención Primaria: hacia una nueva orientación de los servicios en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1993, 11(2): 97-101.
- March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de los servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria* 1999, 4: 312-319.

- March JC. El domicilio como centro de atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2004; 33: 110-11.
- Margolis PA, Stevens R, Bordley WC, Stuart J, Harlan C, Keyes –Elstein L, Gizeh S. From Concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics* 2001; 108; 42 .
- Marín FJ, March JC. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. *Gac Sanit* 1992; 6: 198-206
- Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health. *BMJ* 2001;322 (7296):1233-6.
- Marmot M. Social causes of social inequalities in Health. En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004. P. 15-21
- Marqués Fernández F. El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias. *Rev Adm Sanit* 2003; 1(4):543-54.
- Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: Balance y perspectivas. *Atención Primaria* 2000, 25:48-58.
- Martín A. Atención Primaria de Salud. En: Martín A., Cano J.F. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003.p. 3-15.
- Martín A. La intervención profesional en la ayuda a domicilio. *Formación continuada, teoría y práctica*. Jaén: Formación Alcalá; 2001.
- Martín A. Organización de las actividades en Atención Primaria. En Martín A., Cano J.F. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2003.p.46-58
- Martín A. Sobre la reforma de la Atención Primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. *Atención Primaria* 1997; 19: 105-107.
- Martín J et al. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria. El cambio externo. *Gaceta sanitaria* 19(4): 157-161.
- Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5(17): 23-29.
- Martínez C, Regato P, Gorgocena MA. La coordinación socio-sanitaria en la atención al anciano. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de la Atención Primaria* 1996, 2:86-94.
- Martínez MI, Romero MC, Mesa AM, Barroso P. Programa de fisioterapia domiciliario en un distrito sanitario de Atención Primaria. IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia, 9, 10 y 11 de noviembre de 2006. Libro de ponencias. p.247. Universidad de Murcia. Murcia.
- Martínez S. Fisioterapia en ancianos con deterioro cognitivo. Descripción del programa. *Fisioterapia* 1999; 21 (monográfico1):15-22.
- Mateu ML, Panisello ML, Lasaga MA, Bonfill E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2007; 18(1): 30-33.

- Matsuda A, Kunori M. A comparative study of the physical conditions of elderly people with care needs receiving rehabilitation services from a nurse or a physiotherapist from a visiting nurse station. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2005; 52(2): 186-94.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 9-18.
- Mayorales S, Díaz S Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. En: Güell R, de Lucas P. Tratado de rehabilitación respiratoria. Madrid: Ars medica; 2005.p. 313-325.
- Mayordomo J. Rehabilitación a domicilio. *El País*. 8 de diciembre de 2002. p. 6/ Andalucía.
- Mays N, Pope, C. Qualitative Research: Rigour and qualitative Research. *BMJ* 1995; 311:109-112.
- McColl, A et al. Theoretical basis of Occupational Therapy. Denvers: Snack; 2003.
- McKee M, Dubois CA, Sibbard B. Changing Professional Boundaries. En: Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press; 2006. p. 63-79.
- McKee, K et al The willingness to continue caring in family supporters of older people. *Health & Social Care in the Community* 1999; 7 (2): 100-108.
- McLure M. Discourse in Educational and Social Research. Maidenhead: Open University Press; 2003.
- Medina F, Escolar P. Estimación de recursos humanos en la Fisioterapia en Atención Primaria. *Fisioterapia* 1997; 19: 37-46.
- Medina F, Lomas R, Montilla J, Ferrer C, Lillo MC, Escolar P. Costes de las diferentes vías de acceso de los médicos de primaria a la fisioterapia. *Centro de salud* 2002; 10 (3): 172-179.
- Medina F, Narbona A. Formación de Fisioterapia en Atención Primaria. *Fisioterapia* 1993; 15 (3):146-148.
- Medina F, Pérez MR et al. Asunciones, confusiones y aportaciones de la Fisioterapia en Atención Primaria. *Cuadernos Atenc Primaria* 1996; 3:94-98.
- Medina F. Bases para la incorporación de los fisioterapeutas en los equipos de Atención Primaria. *Fisioterapia* 1992; 14(3): 125-153.
- Medina F. Conclusiones de las I Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. *Fisioterapia* 1993; 15(3): 95-96.
- Medina F. La integración de la Fisioterapia en Atención Primaria: un desafío a tres bandas. Editorial. *Fisioterapia* 1997; 19: 1-4.
- Medina ME. Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio. Universidad de Murcia; 2000.
- Medina, F. La integración de la Fisioterapia en Atención Primaria: un desafío a tres bandas. *Fisioterapia* 1997; 19: 1-4.

- Minayo MCS. O desafio do conhecimento-pesquisa cualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.
- Minayo, M.C.S..(org.) A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1987.
- Minayo, MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de Saúde Pública 1988; 4(4):363-381.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atención Fisioterapéutica. Organización Funcional. Madrid: Instituto de Información Sanitaria; 2006
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atlas de la Sanidad en España. Madrid: MSC; 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Los equipos de atención primaria: propuestas de mejora. Madrid: MSC; 2001
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atención Primaria del siglo XXI: Análisis de situación. Madrid: MSC; 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Plan Estratégico para la mejora de la Atención Primaria: 2007-2012. Madrid: MSC; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Programa de atención a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: MSC; 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114 (Suppl 3): 26-33.
- Mira JJ, Pérez V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria 2004; 34 (4): 161-9.
- Monnier J, Deschamps JP et al. et al. Santé Publique, Santé de la Communauté. Villerbanne: SIMEP; 1980.
- Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria. Barcelona: Masson; 2005.
- Montero M. Sobre la noción de paradigma. En Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. (Comps.) Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa de salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 233-248.
- Montilla J, Medina F, Lillo MC, Gómez F, Escolar P, Garfia B. ¿Qué factores influyen en la adherencia a los programas domicilios de ejercicios para niños? II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud: Libro de Ponencias. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2005. p.108-109.
- Montserrat J. El gasto de los mayores: el reto de la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41(1):39-47.

- Montull, S. La Atención Primaria en los planes de estudios de Fisioterapia. En: En: Inglés M. (Ed.) VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de ponencias y comunicaciones Tarragona: Servicio de publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili; 2004. p. 89-104.
- Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Newbury Parc: Sage; 1988.
- Moroney RM. Needs assesment for human resources, en Anderson WF et al (eds): Management human services. Washington, International City Management Association; 1977.
- Morros R. La evaluación de los recursos y sus costes en el manejo de las enfermedades en atención primaria. Atenc. Primaria 2005; 36:12-13.
- Morse, J. Designing funded qualitative research En: Denzin, N., Lincoln, Y (Eds.) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. P. 220-235
- Muntaner JJ. Les persones amb discapacitat: membres actius a la comunitat. En: Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears. Palma de Mallorca: Sa Nostra; 2000.
- Navarro L. Valoración de la calidad de vida en el anciano. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza; 1990.
- Navarro V y Pérez V. Una sociedad de viejos en una sociedad de jóvenes. En Cortina A et al. Una sociedad que envejece. Madrid: Fundación Santander Central Hispano; 2006.
- Nicolás M. El valor del domicilio como recurso para la salud. Gerokomos 2001, 12(2): 71-76.
- Nies H, Berman P (Eds) Integrating services for older people: a resource book for managers. Dublín: European Health Management Association (EHMA), 2004.
- Nilsson P, Thom E, Baigi A, Marklund B, Mansson J. A prospective pilot study of a multidisciplinary home training programme for lateral epicondylitis. Musculoskeletal Care 2007; 5(1):36-50.
- Nolasco A et al. Análisis de mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante. Gac Sanit 2004; 18:7-15.
- Öhman A, Hägg K, Dahlgren L. A stimulating, practice-based job facing increased stress- Clinical supervisor's perceptions of professional role, physiotherapy education and the status of the profession. Advances in Physiotherapy 2005; 7: 114-122.
- Oliván B, Franco MA, Domínguez MP. Una forma de tratamiento en auge: la atención domiciliaria para discapacitados. Anales de Ciencias de la Salud 1998; 1: 123-132.
- Oliveira, A. B. A evolução da medicina até o início do século XX. São Paulo: Secretaria de Estado da Cultura; 1981.
- Oliveira, et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memoria social de profissionais. Cad Saúde Pública 2008; 24(1): 197-206

- Oliver M. The disability movement and the professions. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1999; 6(8): 377-379.
- Ollonqvist K, Gronlund R, Karppi SL, Salmelainen U, Poikkeus L, Hinkka K. A network-based rehabilitation model for frail elderly people: development and assessment of a new model. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21(2): 253-61.
- Ollonqvist K, Gronlund R, Karppi SL, Salmelainen U, Poikkeus L, Hinkka K. (2007): "A network-based rehabilitation model for frail elderly people: development and assessment of a new model". *Scand J Caring Sci*, 21(2): 253-61.
- Olson E, Ingvad B. The emotional climate of caregiving in home-care services. *Health & Social Care in the Community* 2001; 9 (6): 454-463.
- Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración del milenio, 8 de septiembre de 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/devagenda/millennium.html>. (Acceso 13 de febrero de 2004)
- Organización Mundial de la Salud. Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1948
- Organización mundial de la salud. Atención Primaria de Salud. Alma Ata. Salud para todos. Ginebra: OMS; 1978.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra:OMS; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión de macroeconomía y salud. Evidence and information for policy, 2001. Disponible en: http://www.who.int/topics/macroeconomics_health/es/ (Acceso, 17 de julio de 2005)
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud. Ginebra: OMS; 1991.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Washington : OPS/OMS; 1964.

- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS/OMS; 2007.
- Ortega R, Alcántara S. Rehabilitación en Atención Primaria. En: Martín y Cano. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1317-1341
- Ortí, A. El proceso de investigación de la conducta como proceso integral: complementariedad de las técnicas cuantitativas y de las prácticas cualitativas en el análisis de las drogodependencias. En: VVAA Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Madrid: Colegio de Sociólogos; 1993. p. 149-202.
- Overetveit J. Coordinating Community Care: Multidisciplinary teams and care management. Bristol: Open University Press; 1993.
- Padilla JL, González A, Pérez C. Elaboración del cuestionario. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C. Investigar mediante encuestas. Madrid: Síntesis; 1998. p.115-140.
- Palacio F et al. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Aten Primaria 2003; 32(3):135-43.
- Palazzani, L. Cuerpo y sujeto en bioética. Cuad. Bioétic 2004; 1: 17-27.
- Palomo L, Gervás J, García A, Pérez de Arriba J, Velasco J, Tejerina M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos confinados a domicilio. SEMERGEN 1998; 24 (6): 441-53.
- Pasarín I, Borrell C, Plasència A ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona? Gac Sanit 1999; 13:431-40.
- Pascual N, Prieto MA, March JC. Unidad de soporte en atención domiciliaria. Opinión de los profesionales implicados. Gaceta sanitaria 1999; 13: 24.
- Pedreny R, Caja C, Icart MT, Agüera B, Fabrelles N. Evaluación del servicio de visitas domiciliarias (y II). Rev Rol Enferm 1986; (98): 19-25.
- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Pereira et al. A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/CE. Sanare 2004; 4(1): 93-99.
- Pérez J, Gómez B, Amador J, Enguix A. Situación funcional después de la fractura de cadera en el anciano. Atención Primaria 2003; 32: 606-608.
- Perez M, Sancho MT, Yanguas J. Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999; 47-58.
- Pérez MR, Medina F, González L, González R, Pablos MM. La unidad de fisioterapia dentro del servicio de atención primaria: análisis y evaluación a lo largo de dos años. Cadernos de Atención Primaria 1997; 4(3):147-150.

- Pérez R, Medina F. Infraestructura y equipamiento de las unidades de fisioterapia. *Fisioterapia* 1997; 19: 19-29.
- Pérez R. El papel de la fisioterapia de primaria en la atención de los ancianos. *Fisioterapia* 1998; 20: 171-178.
- Peter E. The history of nursing in the home: revealing the significance of place in the expresión of moral agency. *Nursing Inquiry* 2002; 9(2): 65-72.
- Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T (Ed.) *Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller/OPS; 2002. p. 27-35.
- Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Pineault R et al. *La planificación sanitaria*. Madrid: Masson; 1987.
- Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24:295-300
- Polit D. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1991.
- Preston C, Cheater F, Baker R, Hernshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care* 1999; 8(1):16-21.
- Prieto L, Prieto L, Badía X. Cuestionarios en Atención Primaria. *Cuestionarios de salud: concepto y metodología*. *Atención Primaria* 2001; 28: 201-209.
- Prieto MA y March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29(6):366-373.
- Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 24: 439.
- Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 366-373.
- Puccini PT, Cecílio LC A humanização dos serviços e o directo à saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1342-1353.
- Puig C, Hernández LM, Gervás JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Atención Primaria* 1992; 10: 550-2.
- Punch, M. Politics and ethics in Qualitative Research. En: Denzin, N., Lincoln, Y (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p 83-97.
- Quantz RA. On critical ethnography (with some postmodern considerations). En: Le Compte M, Millroy W, Preissle (Eds). *The Handbook of Qualitative Research in Education*. London: Academic Press, 1992. p. 447-506.
- Ramírez MV, López A, Fidalgo MJ, De Diego M, Artiach G, Alba R. Problemas de salud en los pacientes incluidos en el protocolo de visita domiciliaria. *Salud Rural* 1997; 6: 33-7.
- Ramis RM. La causalidad compleja: un nuevo paradigma causal en Epidemiología. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30(3).

- Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15(4):320-326.
- Ravaud P, Giradeau B, Logeart I, Laruier JS, Rolland D, Treves R et al. Management of osteoarthritis(OA) with an unsupervised home base exercise programme and/or patient administered assessment tools. A cluster randomised controlled trial with 2x2 factorial design. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2004; 63: 703-8.
- Real Decreto 1001/2002, de 27 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.
- Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud.
- Rebollo, J. Repercusiones del proyecto ANECA en la formación de Atención Primaria. En: Inglés M. (Ed.) VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de ponencias y comunicaciones Tarragona: Servicio de publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili; 2004.p. 105-112.
- Rebollo J, Chillón R, García B, Segovia M, Suárez C. Salud y Fisioterapia comunitaria. Una aproximación teórica. *Cuestiones de Fisioterapia* 2002; 21: 1-22.
- Reed J, Cook G, Childs S, McCormack. A literatura review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care* 2005; 5: 1-8.
- Regato P y Sancho MT. La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.p. 73-82.
- Renkema, J. *Introduction to discourse studies*. Amsterdam: John Benjamins Publishing; 2004.
- Rey ME, Villalbí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badía. *Med Clin* 1987; 89:141-143.
- Richardson S, Asthana S. Inter-agency information sharing in health and social services: the role of professional culture. *British Journal of Social Work* 2006; 36(4):657-669.
- Richardson L, Adams E. Writing, a method of Inquiry. En: Denzin NK y Lincoln YS. *The sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 959-978.
- Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la Atención Primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Revista de Administración Sanitaria*; 2002: 1-24.
- Rist CR. Influencing the policy process with qualitative research. En Denzin y Lincoln (Eds.) *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage; 2003. p. 619-644.

- Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: A Meta-Analysis of individual level data. *J AM Geriatr Soc* 2002; 50:905-911.
- Robles, L. La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales. En Mercado FJ y Torres TM (comps.). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Plaza y Valdés Editores; 2000.
- Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26 (4): 53-67.
- Rocha V, Centurião CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. En: Branco A, Wachs F (Orgs). *Educação Física e Saúde Coletiva. Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção*. Porto Alegre: UFRGS; 2007.
- Rocha VM, Diógenes T, Lima T. Atuação fisioterapêutica na atenção primária: experiência acadêmica no município de Natal. *Anais do Congresso Nacional de Abenfisio, UNESC*; 2003.
- Rocha VM, Pereira LA, Centurião CC. Fisioterapia e saúde coletiva: enfrentando o desafio da integralidade da atenção. *Olho Mágico* 2004; 11(1/2):40-43.
- Roddy E, Zhang W, Doherty M. Home based exercise for osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2005; 64: 170-171.
- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996.
- Rodríguez M, Carrillo P, Borrell. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA, 1993-2003. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona; 2006.
- Rodríguez P, Valdivieso C (Coord.). Los servicios de ayuda a domicilio. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
- Rojas, R. Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdés; 2001.
- Roldán, E. Los grupos de discusión en la investigación en Trabajo Social y Servicios sociales. *Cuadernos de Trabajo Social* 1998; 11: 133-144.
- Romanow, RJ. Building on Values. The future of Health Care in Canada. Commission on the future of health care in Canada. Saskatoon; 2002.
- Rosberg, S. Body, Being and Meaning in a Physiotherapeutic Perspective. University of Gothenburg; 2000.
- Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: should we improve on existing measures? *Ann Fam Med* 2003; 44-51.
- Rotllant R, Junyent J, Sánchez A, Vidal A. Tratamiento de la subluxación del hombro del hemipléjico por estimulación eléctrica domiciliaria. *Rehabilitación* 1990; 24(2): 123-125.

- Roush CV, Cox JE. The meaning of home: how it shapes the practice of home and hospice care. *Home Healthcare Nurse* 2000; 18(6): 388-94
- Rubiol, G. Els serveis socials d'atenció primària a diferents països europeus. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Serveis Socials; 1986.
- Ruiz M, Sánchez J, Garrucho G, Viciano F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit* 2004; 18:16-23
- Salleras L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
- Salmaso C, Worsiak D, Megumi L, Hernández M, de Souza T. O fisioterapeuta no programa da saúde da família em Londrina. *Espaço para a Saúde* 2007, 8 (3): 20-25.
- Salmaso S, Batista R, Nove anos do curso de fisioterapia em um prometo multiprofissional e interdisciplinar. *Fisioterapia em movimento* 2003, 16 (1):41-46.
- SALUD21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Salvà A. Envejecimiento y dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41(1):3-4.
- Sancho S, Vidal C, Cañellas R, Caldés MJ, Corcoll J, Ramos M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de Atención Primaria de Mallorca: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:531-543.
- Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in Qualitative studies. *Qualitative Health Research* 2003; 13 (7): 905-923.
- Santaeugenia S, Jiménez S, Salas T, Urrutia A, Altimir S. ¿El problema social prolonga la estancia hospitalaria del paciente?. *Rev Mult Gerontol* 2007; 17(1): 18-20.
- Santos MA, Luengo D, Vidal M, Villarrubia E. Actividades de prevención y promoción en Fisioterapia. *Fisioterapia* 1997; 19: 50-62.
- Sanz C. Evolución de la fisioterapia después de las transferencias. En: Inglés M. (Ed.) VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de ponencias y comunicaciones Tarragona: Servicio de publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili; 2004.p. 25-42.
- Savage P, Ricci MA, Lynn M, Gardner A, Knight S, Brochu M, Ades P. Effects of home versus supervised exercise for patients with intermittent claudication. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2001; 21(3): 152-7.
- Schön, D. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós; 2002.
- Segura J, Bastida N, Martí N, González C. Atención domiciliaria: estudio previo a la implantación de un programa. *Aten Primaria* 1994; 14 (6): 852.
- Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1997; 19 (7): 351-6.

- Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998; 21 (7): 431-6.
- Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. El programa ATDOM de Raval Nord: análisis descriptivo sobre 10 años de atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2003; 33: 215-217.
- Segura JM. Atención domiciliaria: un día en la vida de estos pacientes. *Atención Primaria* 2005; 35:326-328.
- Selltiz C, Jahoda M, Deutsch M, Cook S. Métodos de investigación en las ciencias sociales. Madrid: Rialp; 1980.
- Sen, A. ¿Por qué equidad en salud?. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11 (5-6): 302-309
- Serra ML Tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria en el anciano. *Fisioterapia* 1999; 21 (monográfico 1):3-14.
- Servera E, Simó L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. *Mec Clin* 1989; 93-437.
- Servicio Andaluz de Salud. EBAP y equipos móviles de Rehabilitación y Fisioterapia. Guía de Procedimiento. Distrito sanitario AP de Sevilla. Sevilla: SAS; 2005.
- Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Sevilla: SAS; 2002 (Acceso Enero 2004). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion1
- Servicio Andaluz de Salud. Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. Patología del aparato locomotor. Disponible en: <http://www.dscadizlajanda.com/images/archivos/pautasrh.pdf> (Acceso 30 de noviembre de 2006)
- Servicio Andaluz de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de Procedimientos. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía Sevilla: SAS; 2003.
- Seymour J, Kerr K. Community Based Physiotherapy in the Trent Region: A Survey. *Physiotherapy* 1996, 82 (9): 514-520.
- Sibbald B, Laurant M, Scott A. Changing task profiles. En Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat?. Berkshire: Open University Press; 2006
- Sidney L., Kark. (dir) Atención primaria orientada a la comunidad Barcelona: Doyma; 1993.
- Sierra R. Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo; 1998.
- Silverman D. Analyzing Talk and Text. En: Denzin NK y Lincoln YS. Collecting and interpreting qualitative materials. Thousand Oaks: Sage; 2003. p. 340-362.

- Simó J, Gervas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985 – 2001. La atención primaria española, Cienicienta Europea. Aten Primaria 2004; 34:472-81.
- Sistema Para la Autonomía y atención a la Dependencia. Andalucía.- Los servicios de fisioterapia y rehabilitación de la Junta atienden a 52.000 pacientes entre enero y junio. Disponible en: http://www.saad.mtas.es/portal/actualidad/noticias/julio07/not_17.html
- Soldevilla, JJ. Envejecer y cuidar....¿en pueblo o en ciudad?. Editorial. Gerokomos 2007; 18(1): 6.
- Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud. Teoría y Praxis. Serie Seminarios y política pública. Universidad Nacional de Lanús; 2002
- Stachura K, Garven F. A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy student's attitudes to disabled people. Clin Rehabil 2007; 21(5): 442-449.
- Starfield B et al. Atención primaria y responsabilidades en salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 17-26.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly 2005 83(3): 457-502.
- Starfield et al. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in "Case" Management. Annals of Family Medicine 2003; 1:8-14.
- Starfield L, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201-218.
- Starfield, B. Improving equity in health: A research agenda. International Journal of Health Services 2001; 31(3): 545-66.
- Stenhouse, L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata; 1991.
- Stenhouse, L. La investigación como base de la enseñanza. Madrid: Morata; 1987.
- Stephenson S, Wiles R. Advantages and disadvantages of the home setting for therapy: Views of patients and therapists. British Journal of Occupational Therapy 2000; 63(2): 59-64.
- Stewart J, Haswell K. Primary Health Care in Aotearoa, New Zealand: Challenges and Opportunities for Physiotherapists. New Zealand Journal of Physiotherapy 2007; 35(2):48-53.
- Stille CJ, Jerano A, Bell D, Meltzer, Elmore JG. Coordinating Care cross diseases, settings and clinicians: a key role for the generalist in practice. Ann Intern Med 2005; 142(8):700-708.
- Streck et al (orgs). Paulo Freire: Ética, Utopía e educação. Río de Janeiro: Vozes; 1999.
- Stuck A, Siu A, Wieland G, Adamis J, Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-6.

- Stufflebeam DL et al. Conducting educational needs assesment. Boston: Kluwer-Nishott, 1984 Citado en Blasco B y Fernández-Raigoso M. Los análisis de necesidades de formación. Oviedo: KRK; 1994.
- Sullivan JE, Hedman LD Effects of home-based sensory and motor amplitude electrical stimulation on arm dysfunction in chronic stroke. Clin Rehabil. 2007;21(2):142-50.
- Sundström G, Tortosa M. Effects of rationing home-help services in Spain and Sweden, a comparative analysis. Ageing and Society 1999; 19 (3): 343-61.
- Sutcliffe, B. El papel de la fisioterapia en la tercera edad. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1992.
- Tamborero G. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. Atención Primaria 2003; 31: 16-17.
- Tamm M. What does it mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. Disability and rehabilitation 1999; 21(2): 49-55
- Terris M. La Revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1980.
- Tervo RC, Palmer G, Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. Clin Rehabil 2004; 18(8):908-15
- The Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Scottish physiotherapists delivering for health. The Chartered Society of Physiotherapy. Edinburgh; 2006.
- The Chartered Society of Physiotherapy (CSP). The effectiveness of physiotherapy in teh palliative care of older people. The Chartered Society of Physiotherapy. London, CSP:2002
- The Chartered Society of Physiotherapy. The effectiveness of physiotherapy in the palliative care in older people. London: CSP; 2002
- The Chartered Society of Physiotherapy-The Royal Collage of Midwives (CSP-CSM). NHS Reforms and the Working Lives of Midwives and Physiotherapists. The Chartered Society of Physiotherapy-The Royal Collage of Midwives, London: 2006.
- Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Really SC, Bassey EJ. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised cotrolled trial. British Medical Journal 2002; 325:752-6.
- Thornquist E. Diagnostics in Physiotherapy - Processes, Patterns and Perspectives. Part II. Advances un Physiotherapy 2001; 3: 151-162.
- Thornquist, E. Conceiving Function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualisation and methodologies in physiotherapy. Doctoral Thesis. University of Oslo; 1998.
- Thornquist, E. Musculoesqueletical suffering: diagnosis and a variant view. Sociology of Health and Illness 1995; 17: 166-92.
- Thornquist, E. Profession and life: separate words. Social Science and Medicine 1994;39: 701-13.

- Thornquist, E. Three voices in a Norwegian living room: an encounter from physiotherapy practice. *Medical Anthropology Quarterly* 1997; 11: 324-51
- Thornquist, E. Varieties of functional assessment in physiotherapy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1994; 12:44-50.
- Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garret P, Gottsch M et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people. *N Engl J Med* 1994; 331: 821-827.
- Tornstén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta L, von Koch L. A randomised controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke* 2005; 36(2): 297-303.
- Torre ML, Loidi MA, Garcés P, Domínguez MP, Medina F, Lomas R, Plaza R. Fisioterapia domiciliaria: una alternativa al tratamiento del paciente paliativo. IV Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Marbella: Asociación Española de Fisioterapeutas; 1997. p. 128-129.
- Torres A Clasificación de actividades del fisioterapeuta de atención primaria. *Fisioterapia* 1997; 19:63-74.
- Torres P. Visita domiciliaria a la población incapacitada: problemas y necesidades de salud. *Enferm Cien* 1996; (170-171): 54-6.
- Trilla MC, Espulga A, Plana M. Educación para la salud. En Martín A., Cano J.F. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003.p. 657-673.
- Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Uribe Ladrón de Cegama F. Transferencias sanitarias. Un antes y un después del modelo directivo?. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002;3(3):143-145.
- Valderrama E. Situación sociosanitaria de los ancianos de una comunidad rural. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid; 1996.
- Van der Geest S et al. Primary health care in a multi-level perspective: towards a research agenda. *Soc Sci & Med* 1990; 30(9): 1025-1034
- Van Dijk. Social cognition and discourse. En: H. Giles & R.P. Robinson (Eds.), *Handbook of social psychology and language*. (pp. 163-183). Chichester: Wiley; 1989.
- Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000; 320: 754-8.
- Varela F Conocer. Barcelona: Gedisa, 1990

- Vázquez C, Lázaro M, Verdejo C, Royuela T, Torrijos M, Ribera J. Síndrome de inmovilidad en pacientes atendidos en una unidad de ayuda a domicilio. *An Med Interna* 1995; 12 (10): 489-91.
- Vázquez R. La calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1995.
- Ven A, Vyt A. The competence chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education. Antwerp: Garant; 2007.
- Vêras MM, Pinto VP, Oliveira EN, Quinderé PH. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *Sanare* 2004; 5(1): 169-173.
- Vernaschi, L. Competencia: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(17): 369-79
- Viel, E. Diagnóstico Fisioterápico. Barcelona: Masson; 2004.
- Villalbí et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24:468-474.
- Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la Atención Primaria de salud: gestión para el cambio en Barcelona, 1998-2003. *Atención Primaria* 2005; 35: 484-488.
- Villar E. Determinantes sociales de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc São Paulo* 2007; 16 (3): 7-13.
- Villar, E. Los determinantes sociales de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc. São Paulo* 2007; 16(3):7-13.
- Viñas S, Martínez A, Martínez S, Raposo I, Fernández R. Abordaje de la esclerosis múltiple desde la Atención Primaria. *Cuestiones de Fisioteapia* 2002; 21: 83-89.
- Violan i Fors C. Nuevas formas de gestión en atención primaria. Nuevas propuestas de gestión, ¿Por qué?. *Atenc Primaria* 1999; 24 (3): 123-126.
- Von Koch L, Wohlin A, Widén L. Rehabilitation in home versus hospital: the importance of context. *Disability and rehabilitation*, 1998; 20(10), 367-372.
- Vos R, Willems D, Houtepen R. Coordinating the norms and values of medical research, medical practice and patient worlds-the ethics of evidence based medicine in orphaned fields of medicine. *J Med Ethics* 2004; 30:166-170.
- Vüori H. ¿Qué es la atención primaria de salud? *Atención Primaria* 1984 1(1): 3- 4.
- Vüori H. Garantía de calidad en Europa. *Salud Pública de México* 1993, 34 (3): 291-297.
- Vüori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine* 1984, 6: 221-23.1
- Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software

- Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Watson et al. A results-based logic model for Primary Health Care. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research; 2004.
 - Wellard, S. In the same boat. *Community Care* 2005: 40-41.
 - Wensing W, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Künzi B, Mendive J, Grol R. Satisfacción de los pacientes con la disponibilidad de la atención primaria: comparación internacional. *Int J Qual Health Care* 2002. 14: 111-118.
 - Wetherell, M. y Potter, J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En: Gordo A y Linaza J (Eds.) *Psicologías, discursos y poder (PDP)*. Madrid: Visor; 1996.
 - Whitehead M. *Equidad y ética en la sanidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
 - Whitehead M. *The concepts and principles of equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization; 1990.
 - Whitehead M. *The Health Divide. Inequalities in health*. London: Penguin; 1988.p.215-356.
 - Widén HL, von Koch L, de Pedro J. Use of health care, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitaron at home afeter stroke in southwest Stockolm. *Scand J Rehabil Med* 2000; 32:173-179.
 - Wikler D. Personal and social responsibility for health. En: En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford Universty Press, 2004. p. 109-134.
 - Wikler D. Presidential Address: Bioethics and Social Responsibility. *Bioethics* 1997; 11 (34) : 185-192.
 - Wikler, D. Presidential address: Bioehics and social responsibility. *Bioethics* 1997; 11(3): 185-192.
 - Wilkinson R, Marmot M (eds.). *Social determinants of health: The solid facts*. World Health Organization, 2003.
 - Williams AM. Shaping the practice of home care: critical case studies of significance of the meaning of home. *International Journal of Palliative Nursing* 2004; 10(7): 333-42.
 - Wilson T, Holt T, Greenhalgh. Complexity and clinical care. *BMJ* 2001; 323: 685-8.
 - World Confederation for Physical Therapy. *Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for Physical Therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review*. WCPT Briefing Paper. London: WCPT; 2003.
 - World Health Organization. *Primary Health Care: A framework for future Strategic Directions*. Global Report. WHO; 2003.

- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2006.
- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health: Imperatives and opportunities for change. Geneva: WHO; 2005
- World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2002.
- World Health Organization. Lifestyles and behavior change. Denmark: WHO. Regional Office for Europe; 1999.
- World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO; 1978.
- World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: WHO; 1996.
- World Health Organization. The world health report 1999. Making a difference. Geneva: WHO; 1999.
- World Health Organization. The world health report 2000. Health Systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- Wottrich A W, Stenstrom CH, Engardt M, Tham K, von Koch L. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. Disabil Rehabil, 2004; 26(20): 1198-205.
- Wottrich A W, von Kolch L, Tham K. The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. Phys Ther. 2007 ;87(6):778-88.
- Wottrich W A, von Koch L, Tham K Characteristics of rehabilitation in the home environment after stroke. The therapist's perspective. J Rehabil Med 2007; 39(2):103-8.
- Young JB, Foster A. Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study. Journal of Royal College of Physicians of London 1993; 27: 252-8.
- Zabalegui A et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15(4): 199-208.
- Zalpour C. Der Weg zum deutschen First Contact Practitioner. Physiotherapie 2007; 25(3): 7-8.
- Zapater J, Farré MR, Escarrabill J, Elíes T, Vilagran C, del Amo C. Efectos de la asistencia domiciliaria (AD) en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria. Arch Bronconeumol 1990; 26 (supl 1):15

ANEXOS

- I. Difusión de la investigación
- II. Chapter 10.Conclusions
- III. Abstract. Between the ideal and the realities: Home physiotherapy in Primary Health Care.

ANEXOS (CD-ROM)

Modelo de Cuestionario
Cuestionario Sociodemográfico
Guión de Entrevista Individual a profesionales que realizan Atención Domiciliaria
Guión de Entrevista Individual a Fisioterapeutas
Guión de la Entrevista Grupal

DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Ponencia invitada:

Paz, B. *La fisioterapia domiciliaria en Atención Primaria: una mirada desde la equidad en salud.*

III Congreso Internacional de Fisioterapia. I Congreso Brasileiro de Fisioterapia Social. I Meeting de Emprendedorismo em Fisioterapia . Salvador (Brasil), 20-23 de mayo de 2007

Artículo:

Paz B, Verger S, Rocha V. *La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión.* Fisioterapia. ISSN: 0211-5638. En Prensa

Comunicaciones publicadas en libro editado:

Comunicaciones Oral:

Paz, B. *Generic competences in health professions education: implications for home physiotherapy in Primary Health Care.*

En: Escola Universit ria de Fisioter pia.Universitat de València y ENPHE. Student-centered Learning: What does it mean for students, lecturers and institutions? Congress of the European Network for Physiotherapy in Higher Education. Abstracts Book. Valencia: EUFV-ENPHE; 2008. p. 3.

Comunicación en Póster:

Paz B, Verger S, Rocha V, Aguil  A. *Fisioterapia domiciliaria: resultados de la prueba piloto de validación de un cuestionario.*

En: Gómez A, Carles R, Abril E, Martínez A. IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Murcia: Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia; 2006. p. 318.

Comunicaciones no publicadas en libro editado:

Comunicación Oral:

Paz, B. *Teaching and learning how it really is or...what it should be? Building identity in community based physiotherapy*. En: Congress of the European Network for Physiotherapy in Higher Education. Praga (República Checa), 3-5 de Octubre de 2007

Comunicación en Póster:

Gomes T, Paz B, Araújo C, Rocha V. *Descentralización y desigualdad en la provisión de servicios de Fisioterapia en Atención Primaria*. En: X Congreso Latinoamericano de Medicina Social, IV Congreso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas na Saúde, XIV Congress of the International Association of Health Police. Equidade, Ética e Direito à Saúde Coletiva na mundialização. Salvador (Brasil), 13-18 de julio de 2007

Paz B, Rocha V, Verger S. *Características de la población atendida en el domicilio en España. ¿Hay un espacio para la fisioterapia desde el modelo de Atención Primaria?*. En: I Congreso Nacional de Fisioterapia na Saúde Coletiva, Brasília (Brasil), 23-24 de Agosto de 2007

Comunicaciones aceptadas (presentación pendiente)

En: *5th Nordic Interdisciplinary Conference on Qualitative Methods in the Service of Health*. Stavanger (Noruega), 19-20 de Mayo de 2008

Paz, B. Linking theory and practice: using small group interviews in Primary Health Care research.

Paz, B. Physiotherapists in the home environment: the emotivity in the discoursess from Primary Health Care professionals.

En: *2nd European Congress on Physiotherapy Education*. Estocolmo (Suecia), 25-26 de septiembre de 2008, organizado por la región europea de la Confederación Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy, WCPT).

Paz B. Educational implications for home physiotherapy in Primary Health Care

**BETWEEN THE IDEAL AND THE REALITIES: HOME
PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE.**

The research of the author arises from a process of reflection mainly inspired by her professional experience as a professor of physiotherapy, questioning the relations between theory and practice related to Physiotherapy in Primary Health Care (PHC). Home Physiotherapy is not, to date, offered within the PHC system in Majorca although in general, home care is an essential element in PHC countrywide. Home physiotherapy is being developed in some other regions in Spain, so the research analyses the scenario, how home physiotherapy could be developed in the future. This leads to a qualitative research with the general aim of exploring the perspectives of PHC professionals relating to home physiotherapy. The first part of the thesis includes the literature review, from general aspects as the PHC model and its organisation in Spain, with emphasis on physiotherapy and home care services.

The second part includes the theoretical perspective (Social Critical Paradigm), the study design and the results. The used methods for data collection were individual and small group interviews. A socio-demographic questionnaire and research diary was also used for additional data collection. A total number of 54 professionals from Primary Health Care System in Majorca have participated, 30 provided in-depth individual interviews and 24 small group interviews. Amongst those interviewed within the professional group were physiotherapists (12), social workers (6), nurses (21), General Practitioners (9) and paediatricians (3). A further 3 professionals interviewed were from the social services administration. The content of the interviews have been transcribed and analysed using discussion analysis. The results are presented in four thematic blocks including the considerations about home care in PHC model, the personal experiences in home care, the general considerations about home physiotherapy and the development of home physiotherapy in PHC in Majorca. Other elements of analysis such as emotional responses and silences were recorded in this section.

The third part includes the discussion of the results, the conclusions and the implications from the research. The discussion presents critically the topics that emerged during the research into the health rights within society, health needs, equality, access to health and the role of Primary Health Care. The organization of the system, the conditions for home care and the influence of social factors of health in the results of home interventions are also discussed. Considerations about physiotherapy, the professional role of the physiotherapist in PHC and the conditions for the development of home physiotherapy are especially highlighted. The findings suggest that the interdisciplinary and inter-sector approach have a great importance for professionals when working in the home environment, which means that the implementation of the service of home physiotherapy has political, organizational and educational implications. Besides health policies, future educational and research strategies could be relevant in order to provide a clearer vision of the physiotherapist's role in PHC, the effects of home physiotherapy and the practices developed by health teams, including other elements within the community and other sectors in the process.

CHAPTER 10. CONCLUSIONS

This chapter summarizes the most important conclusions arising from the research and also anticipates the final considerations and implications of this study that are presented in the following section.

Home Physiotherapy is generally regarded by the participants as an integral part of the Primary Health Care system. The study reveals that the characteristics of the conceptual model of care, with its philosophy and values, were also in their arguments. However, the structure of this service is described from several perspectives, not just pointing out the different ways of understanding the organization of Primary Care in general, but also the practices in home care and the health needs of the population. Participants in the study brought up the perception of needs to modify the home care as a whole, giving greater value to strategies within the framework of the Primary Health Care system.

It was possible to observe that home care is experienced differently by the interviewed professionals as they pointed out factors that influence their professional development and hence their results and satisfaction levels. Among the factors outlined, aspects related to the environment in which home care is being practiced were highlighted including the conditions in which families live, the availability of resources of formal or informal care, or coordination with other professionals that are also involved in home care. These experiences are used to describe the context in which physiotherapy at home could be developed, putting special emphasis on communication and interaction between professionals of different areas in Health Care. However, the interviews show that communication between professionals is already poor within the health centre, especially with health auxiliary teams and to a greater extent with those who are not located in the same health centre. This illustrates the development of independent practices, which are reflected in the manner in which activities of other professional groups are described and the expectations towards them.

The consideration of communication and collaboration as aspects that depend on individuals highlights how these questions, theoretically related to the professional role and responsibility in PHC, are correlated on a personal level, giving less importance to the influence of education and organization issues.

The difficulty in conceptualizing the intervention of physiotherapy, as well as the expectations about this kind of intervention clearly outlines the lack of knowledge and poor integration of physiotherapy in the Primary Health Care system of Majorca, showed in the interviews as a lack of prioritization for this type of intervention as well as for people that are using this service. People that have to be treated at home are usually referred to as elderly and dependent, particularly vulnerable and sometimes invisible to the Health Care system highlighting the avoidable inequalities in health. The perception of the need for home physiotherapy in Primary Health Care is reflected particularly in reference to these groups of people that are most fragile showing the inequity of a system that does not respond according to the health needs of this population group. The role of Primary Health Care teams in identifying the risk and the anticipation of the demands of the community to the health system is revealed as crucial, pointing out characteristics of the primary health care as the first contact, accessibility and longitudinality.

Home care is generally regarded as a right of citizens and a duty of the health system. Some discourses regard that home care does not only allow a continuity of care but it is also necessary for Primary Health Care teams to develop contextualised assessments and interventions. However, the study highlighted a perception that demographic, family and socio-sanitarian trends require professionals to increase the effort for home care in their available time and therefore some recommend a limitation in this kind of service.

It was possible to observe different perspectives regarding the needs of people at home, which were used to describe the characteristics of the practices to be developed, the intervention of professionals and the justification of home physiotherapy. The integrity of care or the person-centred approach is quoted in the interviews, although describing their interventions, professionals often refer to pathologies and its consequences. The particular organization of physiotherapy within the Primary Health Care system in Majorca and its relationship with the specialized care leads to a division of demand that is based on the so-called "diseases of primary care" and "diseases of specialized care". This led to some interviewed professionals to show difficulty in identifying the persons that should be covered by physiotherapy at home. While some professionals justify a system that seeks to respond to physiotherapy deficits in Primary Care, overall critics emerged regarding to this point of view since it shows fragmented view of Primary Care.

Home care puts the various professional groups in different positions compared to what they are used to in their usual consultancy services, where home intervention requires from them interpersonal and systematic skills in particular. The description of the activities that should be carried out by physiotherapists in the home environment shows the high value given to the physiotherapy in Primary Health Care, but also a generalistic orientation for this intervention. Caregivers are regarded as a resource for continuity of physiotherapeutic intervention, but also as a group susceptible to a specific attention due to the emotional and physical suffering.

The crisis in informal care is identified by the interviewed group pointing out the effects on the dependent persons, but also for their professional activities. The decline of informal care is mentioned frequently, but highlighting the differences between rural and urban areas. However the professionals pointed out a trend towards the situation that they already face in the capital and major urban centres, where the informal care has shifted in many cases to formal care.

As new figures in the home arena, the professionals identified people that don't belong to the family as contracted caregivers, often immigrants or people from social services, who are attributed in some interviews, the responsibility in the continuity of health care that traditionally belonged to the family. This shows the existence of differences in the perception of the role of different formal caregivers and social care professionals and hence the expectations and coordination with health professional, including the possible involvement of physiotherapy at home. The interviews outlined difficulties in the development of cross-sector strategies in health care focused on a socio-sanitarian home care, showing with their experiences the impact on dependent individuals and on those that take care of them.

Due to current conditions during home visits some interviewed professionals proposed a new organization in home care as a whole. A minority of the group was in favour of a separation of home care as part of Primary Health Care, as it allows them to get rid of the functions that the Primary Health Care adds to their normal workload. Although the general view of the interviewed group is that home care is part of the community oriented Primary Health Care and a satisfactory part of their work, the professionals recognize that there is the need of changing those conditions that can locate professionals to positions contrary to the philosophy and activities that are considered to be the norm of a high standard Primary Health Care.

Considerations about physiotherapy and expectations about the home care strategy in the particular context appear in the interviews related to the development of home physiotherapy in Primary Health Care. The overall trend shown by the collective interviewed is to strengthen home care as a whole, integrating physiotherapy as a pillar of this type of intervention. They widely agree to a socio-sanitarian strategy that not only involves the practices of professional groups, but also the design of inter-sector policies aimed at health decisions that affect the quality of peoples' life.

When referring to the development of physiotherapy at home, usually issues arise relating to demand, resources and costs. One main topic was the consideration that physiotherapy, as part of Primary Health, should not be implemented without sufficient human resources. However, the general perception is that resources will not be enough and that leads part of the interviewed professionals to suggest strategies for limiting this service. Among these strategies, they point out specific protocols as mechanisms to filter the demand and expectations that this kind of service might generate among the community. Activities such as health education and physiotherapeutic advice to caregivers and professionals, was sometimes seen as mechanisms to optimise the limited human resources. The negative effects of these strategies were also noted, mainly regarded as a risk to keep care accessible and appropriate to the needs of individuals.

The control of the demand and consideration of home care as a specific intervention brings up the proposal of specific mobile teams for home physiotherapy, what is viewed by some participants as an opportunity to implement the service of physiotherapy at home without changing the status quo of physiotherapy in Primary Health Care in Majorca. This strategy is nevertheless perceived by a large percentage of those professionals interviewed as a fragmentation of the home care, a potential source of inter-professional conflicts and a risk for the kind of attention that arises from the philosophy of Primary Health Care. Overall, it was possible to perceive a preference for a development of home physiotherapy in coordination with the Primary Health Centres and professionals, considering the implementation of home physiotherapy as an opportunity to restructure and improve the current home care system allowing it to respond more adequately to the needs of people.

ANEXOS

Modelo de Cuestionario

Cuestionario Sociodemográfico

Guión de Entrevista Individual a profesionales que realizan Atención Domiciliaria

Guión de Entrevista Individual a Fisioterapeutas

Guión de la Entrevista Grupal

CUESTIONARIO A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Indique su categoría profesional:

☐ Médico/a de Familia ☐ Pediatra ☐ Enfermero/a ☐ Trabajador/a social

2.1. Año de Licenciatura/Diplomatura: 2.2. Universidad:

3. Ubicación del Centro de Salud al que pertenece: ☐ PALMA ☐ OTROS MUNICIPIOS

4. ¿Cuenta el centro con Unidad/Servicio de Fisioterapia? ☐ No ☐ Sí ☐ No Sé

5. Señale con una cruz los años de experiencia profesional Atención Primaria:

☐ Menos de 5 ☐ De 5 a 10 ☐ De 10 a 15 ☐ De 15 a 20 ☐ Más de 20

6. ¿Desempeña actualmente un cargo de gestión en Atención Primaria?

☐ NO ☐ SI Especifique: ☐ Coordinador /a ☐ Responsable de Enfermería ☐ Otro.....

7.1 Indique su situación laboral: ☐ contrato ☐ plantilla ☐ interino ☐ otro:

7.2 ¿Ha ejercido su actividad profesional en atención hospitalaria?

☐ NO ☐ SI

Señale con una cruz el número de años

Menos de 5	De 5 a 10	De 10 a 15	De 15 a 20	Más de 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Combina actualmente su actividad en Atención Primaria con otro ámbito?

☐ NO ☐ SI Especifique cuál.....

9.1 ¿Ha recibido formación sobre la Atención Primaria de Salud? Señale con una cruz.

☐ NO ☐ Sí, mediante

- ☐ La formación de grado universitaria.
- ☐ La especialización. (Universidad:.....)
- ☐ Formación complementaria:
 - ☐ Cursos de más de 100 horas
 - ☐ Cursos de menos de 100 horas
 - ☐ Seminarios
 - ☐ Talleres
 - ☐ Congresos/jornadas
 - ☐ Otros.....

9.2.- Si ha recibido **formación complementaria**, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

10.1. ¿Ha recibido formación específica sobre Atención Primaria Domiciliaria? Señale con una cruz

☐ **NO** ☐ **SÍ**, mediante

○ La formación de grado universitaria.

○ La especialización.

○ Formación complementaria:

☐ Cursos de más de 100 horas

☐ Cursos de menos de 100 horas

☐ Seminarios

☐ Talleres

☐ Congresos/jornadas

☐ Otros.....

10.2. Si ha recibido **formación complementaria**, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

11. Respecto a su intervención en el domicilio, por favor rellene los siguientes espacios:

a.- Estime la media de **Visitas programadas /semana:** visitas.

b.- La media de Visitas **al mismo domicilio /semana:** visitas.

c.- La **duración media** de la Visita Programada: minutos.

d.- Respecto a la semana pasada,

• El número de Visitas Programadas fue: visitas

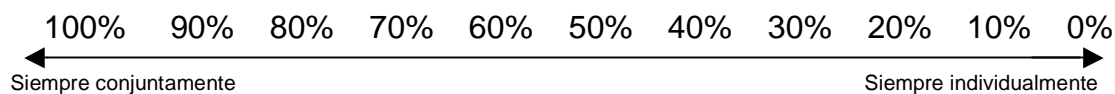
• El número de Visitas a Demanda fue: visitas

(Responder sólo si realiza visitas no programadas)

e.- Desplazamientos mediante: ☐ coche propio ☐ caminando ☐ Trans. Público ☐ otros

(Indique por orden de frecuencia del 1 al 4, siendo 1 el más frecuente y 4 el menos frecuente)

12.1.- Indique el porcentaje de visitas domiciliarias realizadas conjuntamente con otro profesional de atención primaria. Rodee con un círculo



12.2. Indique con qué otro/s profesional/es:

☐ Médico/a de Familia ☐ Pediatra ☐ Enfermera/a ☐ Trabajador/a social ☐ Otros.....

13. Priorice las actividades que con más frecuencia realiza en su visita programada.

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

14. Priorice los factores que a su juicio FAVORECEN su actuación profesional en la atención domiciliaria programada.

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

15. Priorice los factores que a su juicio DIFICULTAN su actuación profesional en la atención domiciliaria programada.

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

16. Valore los siguientes argumentos: (Señale con una cruz)

Sería necesario.....	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Establecer más sistemas para evaluar el proceso de atención domiciliaria				
Dotar a los centros con equipos para realizar exclusivamente la atención domiciliaria				
Ofrecer más formación a los profesionales sobre la intervención domiciliaria				
Ofrecer más información a la comunidad sobre el servicio de atención primaria domiciliaria				

Aclaraciones:.....

17. Si se hubiese de mejorar algún aspecto de la Atención Primaria domiciliaria, ¿cuál/es destacaría?

.....

18.- ¿Cree usted que es necesaria la incorporación de la figura del FISIOTERAPEUTA en la atención domiciliaria programada? Señale con una cruz

☐ NO

☐ SI

☐ No tengo una opinión formada

Si la respuesta es NO, seleccione la opción que más se ajuste a su opinión

- a.- No está justificada su actividad en el domicilio.
- b.- Sus funciones se pueden asumir desde los microequipos que ya intervienen.
- c.- Es un servicio que no debería asumirlo la sanidad pública.
- d.- Otro. Especificar.....

Si la respuesta es SÍ, señale la estrategia de implantación que más se ajuste a su opinión:

- a.- El fisioterapeuta se incorporaría en el microequipo de AP, realizando atención domiciliaria cuando fuese necesario.
- b.- Un fisioterapeuta estaría compartido con varios equipos.
- c.- Un número de fisioterapeutas realizaría atención domiciliaria exclusivamente.
- d.- Otro. Especificar:.....

19. Seleccione las alteraciones o problemas que más frecuentemente encuentra en los usuarios atendidos en la visita domiciliaria programada. (Señale con una cruz)

	Muy frecuente	Bastante frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
Alteraciones neuromotoras, movilidad, coordinación y/o equilibrio.				
Alteraciones nutricionales, digestivas y/o de eliminación				
Dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.				
Sobrecarga física y/o emocional del/la cuidador/a				
Alteraciones posturales y/o de la piel				
Problemas mentales cognitivos, emocionales y/o de comunicación.				
Alteraciones cardiorrespiratorias				
Problemática social/falta de cuidados/ausencia de relaciones sociales.				

Otros (especificar).....

20. Seleccione con una cruz **UNA ÚNICA OPCIÓN**, la que más se ajuste a su opinión.

20.1. La Atención Primaria de Salud, como modelo de intervención, se caracteriza por ser:

- ☐ Una atención básica y menos específica que la hospitalaria.
- ☐ Un sistema ambulatorial para usuarios con pocos medios socioeconómicos.
- ☐ Un modelo que supone la continuidad y la integralidad en la atención en salud.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

20.2. La Atención Primaria Domiciliaria Programada tiene que ser:

- ☐ Exclusiva para personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
- ☐ Un tipo de intervención específica, con objetivos y características propias.
- ☐ Complementaria para valorar el entorno físico, familiar y social
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

20.3. La Atención Primaria Domiciliaria Programada ha de plantearse como:

- ☐ Una atención que permite al profesional realizar la continuidad y el seguimiento de la patología.
- ☐ Una serie de actividades para intervenir ante el envejecimiento de la población.
- ☐ Un derecho en salud de los ciudadanos y sus familias.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

20.4. Concretamente, respecto a la Fisioterapia Domiciliaria considero que :

- ☐ Es un servicio que debería potenciarse desde Atención Primaria.
- ☐ Debería potenciarse, pero sobre todo desde la Atención Especializada.
- ☐ Es un servicio que debería costeárselo el propio usuario.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

20.5. A partir de su experiencia, la atención domiciliaria programada:

- ☐ Es una actividad complementaria al trabajo habitual en el centro de salud.
- ☐ Es una parte fundamental, tan importante como la actividad en el centro de salud.
- ☐ Es una actividad que normalmente interfiere en el trabajo habitual del centro de salud.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

20.6. A partir de su experiencia, en cuanto a las personas que reciben este servicio:

- ☐ En muchas ocasiones ha sido un servicio “de complacencia” o “de lujo” a determinados pacientes y no está justificada la intervención.
- ☐ En mi caso, todas las personas con las que he intervenido en el domicilio realmente son las que lo necesitaban.
- ☐ Hay muchas más personas que podrían beneficiarse pero no es posible llegar a todas las personas que lo necesitan.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

21.- Finalmente, valore el resultado y su satisfacción personal en la atención domiciliaria programada (señale con una cruz):

	Muy bueno	Bueno	Malo	Muy malo
El resultado de su intervención en el domicilio				
Su nivel de satisfacción personal				

Comentarios sobre el cuestionario:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: FISIOTERAPEUTAS

1. Categoría profesional: ☒ Fisioterapeuta

2.1. Año de Diplomatura: 2.2. Universidad:

3. Ubicación del Centro de Salud al que pertenece: ☐ PALMA ☐ OTROS MUNICIPIOS

4. ¿Cuántos fisioterapeutas componen su Unidad de Fisioterapia?

5. Señale con una cruz los años de experiencia profesional Atención Primaria:

☐ Menos de 5 ☐ De 5 a 10 ☐ De 10 a 15 ☐ De 15 a 20 ☐ Más de 20

6. ¿Desempeña actualmente un cargo de gestión en Atención Primaria?

☐ NO ☐ SI Especifique cuál:

7.1 Indique su situación laboral: ☐ contrato ☐ plantilla ☐ interino ☐ otro:

7.2 ¿Ha ejercido su actividad profesional en atención hospitalaria?

<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Señale con una cruz el número de años	Menos de 5	De 5 a 10	De 10 a 15	De 15 a 20	Más de 20
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. ¿Combina actualmente su actividad en Atención Primaria con otro ámbito?

☐ NO ☐ SI Especifique cuál:.....

9.1 ¿Ha recibido formación sobre la Atención Primaria de Salud? Señale con una cruz.

☐ NO ☐ Sí, mediante

- ☐ La formación de grado universitaria.
- ☐ La especialización. (Universidad:.....)
- ☐ Formación complementaria:

☐ Cursos de más de 100 horas

☐ Cursos de menos de 100 horas

☐ Seminarios

☐ Talleres

☐ Congresos/jornadas

☐ Otros.....

9.2.- Si ha recibido **formación complementaria**, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

10.1. ¿Ha recibido formación específica sobre Atención Primaria Domiciliaria? Señale con una cruz

☐ **NO** ☐ **SÍ**, mediante

☐ La formación de grado universitaria.

☐ La especialización.

☐ Formación complementaria:

☐ Cursos de más de 100 horas

☐ Cursos de menos de 100 horas

☐ Seminarios

☐ Talleres

☐ Congresos/jornadas

☐ Otros.....

10.2. Si ha recibido **formación complementaria**, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

11. Seleccione con una cruz **UNA ÚNICA OPCIÓN**, la que más se ajuste a su opinión.

11.1. La Atención Primaria de Salud, como modelo de intervención, se caracteriza por ser:

☐ Una atención básica y menos específica que la hospitalaria.

☐ Un sistema ambulatorial para usuarios con pocos medios socioeconómicos.

☐ Un modelo que supone la continuidad y la integralidad en la atención en salud.

☐ Otro. Especificar.....

11.2. La Atención Primaria Domiciliaria Programada tiene que ser:

☐ Exclusiva para personas que no pueden desplazarse al centro de salud.

☐ Un tipo de intervención específica, con objetivos y características propias.

☐ Complementaria para valorar el entorno físico, familiar y social

☐ Otro. Especificar.....

11.3. La Atención Primaria Domiciliaria Programada ha de plantearse como:

- ☐ Una atención que permite al profesional realizar la continuidad y el seguimiento de la patología.
- ☐ Una serie de actividades para intervenir ante el envejecimiento de la población.
- ☐ Un derecho en salud de los ciudadanos y sus familias.
- ☐ Otro. Especificar.....

11.4. Concretamente, respecto a la Fisioterapia Domiciliaria considero que :

- ☐ Es un servicio que debería potenciarse desde Atención Primaria.
- ☐ Debería potenciarse, pero sobre todo desde la Atención Especializada.
- ☐ Es un servicio que debería costeárselo el propio usuario.
- ☐ Otro. Especificar.....

12. ¿Cree usted que es necesaria la incorporación de la figura del FISIOTERAPEUTA en la atención domiciliaria programada? Señale con una cruz

☐ NO

☐ SI

☐ No tengo una
opinión formada

Si la respuesta es NO, seleccione la opción que más se ajuste a su opinión	Si la respuesta es SÍ, señale la estrategia de implantación que más se ajuste a su opinión:
<p>a.- No está justificada su actividad en el domicilio.</p> <p>b.- Sus funciones se pueden asumir desde los microequipos que ya intervienen.</p> <p>c.- Es un servicio que no debería asumirlo la sanidad pública.</p> <p>d.- Otro. Especificar.....</p>	<p>a.- El fisioterapeuta se incorporaría en el microequipo de AP, realizando atención domiciliaria cuando fuese necesario.</p> <p>b.- Un fisioterapeuta estaría compartido con varios equipos.</p> <p>c.- Un número de fisioterapeutas realizaría atención domiciliaria exclusivamente.</p> <p>d.- Otro. Especificar:.....</p>

13.- Si se estableciera la fisioterapia domiciliaria como un servicio de Atención Primaria en nuestra comunidad (señale con una cruz una opción):

- ☐ La realizaría porque sería una obligación, pero no me gustaría tener que desplazarme del centro de salud.
- ☐ Considero que es esencial como actividad de los profesionales de Atención Primaria y un derecho de los ciudadanos.
- ☐ Sería complementario para mejorar continuidad en la atención en salud desde el inicio y hacer recomendaciones preventivas en el domicilio.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....
.....

14.- Señale las ventajas de la implantación de la fisioterapia domiciliaria en Atención Primaria:

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

15. Señale los inconvenientes de la implantación de la fisioterapia domiciliaria en Atención Primaria:

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

16. Qué opina respecto a que la fisioterapia domiciliaria en Atención Primaria la realicen **equipos de fisioterapeutas que se dedican exclusivamente a esta modalidad de atención.**

- ☐ Es una opción, así esos fisioterapeutas se especializan sólo en ese ámbito.
- ☐ Considero que tendrían que realizarla los fisioterapeutas de Atención Primaria como ocurre con los miembros del equipo básico
- ☐ Me resulta indiferente el modo en que se implante.
- ☐ Otro.Especificar.....
.....

17. Señale qué estrategias se tendrían que implementar para desarrollar la fisioterapia domiciliaria desde Atención Primaria respecto a:

Los/las fisioterapeutas:

El resto de los profesionales:

Los usuarios:

El sistema de derivación:

18. Como fisioterapeuta de Atención Primaria, considero que la fisioterapia domiciliaria:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comentarios sobre el cuestionario:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES.

Participante:.....Pseudónimo.....Telf.....

1. Indique su su grupo profesional:

☐ Médico/a de Familia ☐ Pediatra ☐ Médico/a (otra esp.) ☐ Enfermero/a ☐ Trab. social ☐ Fisioterapeuta

2.1. Año de Licenciatura/Diplomatura:

2.2. Universidad:

3. Señale con una cruz los años de experiencia profesional Atención Primaria:

☐ Menos de 5 años ☐ De 5 a 10 ☐ De 10 a 15 ☐ De 15 a 20 ☐ Más de 20 años

4. ¿Ha ejercido su actividad profesional en atención hospitalaria? ☐ NO ☐ SI, durante

☐ Menos de 5 años ☐ De 5 a 10 ☐ De 10 a 15 ☐ De 15 a 20 ☐ Más de 20 años

5. Indique su situación laboral: ☐ contrato ☐ plantilla ☐ interino ☐ otro:

6. Ubicación del Centro de Salud al que pertenece: ☐ PALMA ☐ OTROS MUNICIPIOS

7. ¿Cuenta el centro con Unidad/Servicio de Fisioterapia? ☐ No ☐ Sí ☐ No lo Sé

8. ¿Combina actualmente su actividad en Atención Primaria con otro ámbito?

☐ NO ☐ SI Especifique cuál.....

9.1 ¿Ha recibido formación sobre la Atención Primaria de Salud? Señale con una cruz.

☐ NO ☐ SÍ, mediante

- ☐ La licenciatura/diplomatura
- ☐ La especialización. (Universidad:.....)
- ☐ Formación complementaria con:
 - ☐ Cursos de más de 100 horas
 - ☐ Cursos de menos de 100 horas
 - ☐ Seminarios
 - ☐ Talleres
 - ☐ Congresos/jornadas
 - ☐ Otros.....

9.2.- Si ha recibido formación complementaria, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

10.1. ¿Ha recibido formación específica sobre Atención Primaria Domiciliaria?

☐ NO ☐ SÍ, mediante

- ☐ La licenciatura/diplomatura
- ☐ La especialización.
- ☐ Formación complementaria con:
 - ☐ Cursos de más de 100 horas
 - ☐ Cursos de menos de 100 horas
 - ☐ Seminarios
 - ☐ Talleres
 - ☐ Congresos/jornadas
 - ☐ Otros.....

10.2. Si ha recibido formación complementaria, señale con una cruz dónde la ha realizado.

☐ Atención Primaria ☐ Universidad ☐ Colegio Profesional ☐ Asociación Profesional ☐ Otros

GUIÓN ENTREVISTAS A PROFESIONALES QUE REALIZAN INTERVENCIÓN DOMICILIARIA *(versión en castellano)*

1. **¿En general, qué opinión le merece la intervención de los profesionales de salud en el domicilio?**
2. **Según su experiencia, ¿cuáles son las necesidades que plantean las personas en su domicilio?.** *Para profundizar, qué afectaciones de salud física, estado de ánimo, apoyo social,..*
3. **¿En qué consiste exactamente su intervención en la visita domiciliaria programada?.**
4. **¿Intervienen otros grupos profesionales del ámbito sanitario/social en los domicilios que usted visita? ¿Qué profesionales?** *Para profundizar, de forma independiente o conjuntamente*
5. **Indique cómo valora personalmente el resultado de su intervención y su satisfacción personal en la intervención domiciliaria.** *Para profundizar, cómo cree que es valorada por otras personas que intervienen*
6. **¿En su opinión, cree que la atención domiciliaria ha de realizarse desde Atención Primaria?** *Para profundizar, si es coherente con las funciones de los profesionales de Atención Primaria.*
7. **En su caso, ¿cómo consideraría la posibilidad de realizar sólo atención en el centro y que toda la atención domiciliaria sea realizada por equipos específicos para atención domiciliaria?**
8. **¿Qué opinión le merece la intervención de fisioterapia en Atención Primaria?** *Apuntar: lo considera un servicio necesario, un servicio propio de Atención Primaria.*
9. **¿Cree usted que es necesaria la incorporación de la figura del fisioterapeuta en la atención domiciliaria programada en Mallorca? ¿Por qué?** *Para profundizar, indique qué actividades podría desarrollar o a qué necesidades podría responder.*
10. **En su opinión, si se llegara a implantar, ¿cuál cree que sería el mejor sistema para implantarla?** *Apuntar posibilidades finalmente si es necesario: los fisioterapeutas de los centros de salud, equipos móviles especializados dependientes de Atención Primaria, un servicio externalizado.*
11. **¿Qué factores o estrategias cree facilitarían el desarrollo de la fisioterapia domiciliaria?** *Apuntar: conflictos de intereses, transporte, tiempo, colaboración familia, distancia del centro de salud...*
12. **En relación con su experiencia, y si tuviera que aconsejar en una comisión que estudia la implantación de la fisioterapia domiciliaria, diría que...**
13. **¿Le gustaría añadir o comentar alguna cosa más sobre lo que se ha hablado en esta entrevista?**

GUIÓN ENTREVISTAS: FISIOTERAPEUTAS

(versión en castellano)

1. **¿En general, qué opinión le merece la intervención de los profesionales de salud en el domicilio?**
2. **Según su experiencia en el centro, ¿cuáles cree son las necesidades que plantean las personas en su domicilio?** *No realiza atención domiciliaria, pero apuntar su perspectiva.*
3. **¿Qué considera que realizan los colectivos profesionales de Atención Primaria en el domicilio?**
4. **¿En su opinión, cree que la atención domiciliaria ha de realizarse desde Atención Primaria?** *Para profundizar, es coherente con las funciones de los profesionales de Atención Primaria.*
5. **¿Cómo cree que es valorada la atención domiciliaria por otros colectivos que intervienen en el domicilio?**
6. **¿Qué opinión le merece la intervención de fisioterapia en Atención Primaria?** *Apuntar: lo considera un servicio necesario, un servicio propio de atención especializada, concentrarse sólo en determinados centros grandes...*
7. **¿Cree usted que es necesaria la incorporación de la figura del fisioterapeuta en la atención domiciliaria en Mallorca? ¿Por qué?** *Para profundizar, indique qué actividades podría desarrollar o a qué necesidades podría responder.*
8. **En su opinión, si se llegara a implantar, ¿cuál cree que sería el mejor sistema para implantarla?** *Apuntar posibilidades si es necesario: los fisioterapeutas de los centros de salud, equipos móviles especializados dependientes de Atención Primaria, un servicio ofrecido por una empresa y subvencionado de forma pública...*
9. **En cualquier caso, qué factores o estrategias cree facilitarían el desarrollo de la fisioterapia domiciliaria si no se menciona el tema del apoyo compañeros del equipo, transporte, tiempo, colaboración familia, distancia del centro de salud...**
10. **En relación con su experiencia, y si tuviera que aconsejar en una comisión que estudia la implantación de la fisioterapia domiciliaria, diría que...**
11. **¿Le gustaría añadir o comentar alguna cosa más sobre lo que se ha hablado en esta entrevista?**

GUIÓN DE ENTREVISTA A GRUPOS

(Versión en castellano)

1. **¿En qué consiste la intervención en la visita domiciliaria programada?. ¿a qué necesidades atiende? ¿Qué tareas realiza? Confirmar que no han quedado aportaciones sin apuntar.**
2. **¿Creen que los profesionales de salud han de ir a los domicilios? ¿cómo consideraría la posibilidad de realizar sólo atención en el centro y que equipos móviles específicos realicen toda la atención domiciliaria?**
3. **¿Qué valoración hacen de los resultados de sus intervenciones? ¿Qué aspectos considera como “aspectos a mejorar” en relación con la intervención domiciliaria ideal? ¿cree que quedan aspectos desatendidos en el domicilio, en el centro? ¿están satisfechos con los resultados?**
4. **¿Qué opinión les merece la fisioterapia en la Atención Primaria? ¿y en la Atención Primaria domiciliaria? ¿Creen que está justificada la figura del fisioterapeuta en el centro de salud? ¿Y en el domicilio? ¿Es más un profesional de especializada? ¿A qué necesidades podría responder en el domicilio?**
5. **En cuanto a la población, ¿creen que les afecta en algún sentido el no tener acceso a los servicios de fisioterapia domiciliaria desde Atención Primaria? ¿Qué grupo poblacional es más sensible? Aspectos sociales, económicos...**
6. **Imagínense que se decide implantar la fisioterapia domiciliaria desde Atención Primaria, ¿cuál cree que podría ser la mejor estrategia para implantarla? ¿Que los fisioterapeutas del centro dedicaran una parte de la jornada a la atención domiciliaria? ¿Qué la realizaran exclusivamente uno o más fisioterapeutas de los centros? ¿equipos móviles especializados de Atención Primaria para todos los domicilios? ¿un servicio contratado por el servicio público a una empresa privada?**
7. **Según su experiencia en atención domiciliaria, ¿qué recursos, factores o estrategias creen que favorecerían el desarrollo de la fisioterapia domiciliaria?. En cuanto a la planificación general y la visita concreta. (si no se menciona el tema de la coordinación, conflictos de intereses, transporte, tiempo, colaboración de la familia, distancia del centro de salud...)**
8. **¿Hay algo que les gustaría añadir o puntualizar a lo que se ha dicho antes de cerrar la sesión.?**